

Contribution à l'Etude de l'Ornithose

(A propos de trente-quatre observations)

Travail du Service de Pneumologie
de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes
et du Service des Virus de l'Institut Pasteur de Paris

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 2 DÉCEMBRE 1952

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

THIEBAULT Jacques

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 1^{er} Octobre 1927 à NANCY (Meurthe-et-Moselle)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
CAMILLE ANNEQUIN, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

1952

THIEBAULT (Jacques)

Contribution à l'étude de l'ornithose
(A propos de 34 observations).

(Travail du Service de Pneumologie
de l'Hôpital Militaire d'Instruction
Desgenettes et du Service des
Virus de l'Institut Pasteur de Paris.)

Lyon, Imprimerie des Beaux-Arts,
C. Annequin, 1952. In-8, 92 p., fig.

(*Thèse Médecine Lyon, 1952-1953*
N° 20)

THIEBAULT (Jacques)

Contribution à l'étude de l'ornithose
(A propos de 34 observations).

(Travail du Service de Pneumologie
de l'Hôpital Militaire d'Instruction
Desgenettes et du Service des
Virus de l'Institut Pasteur de Paris.)

Lyon, Imprimerie des Beaux-Arts,
C. Annequin, 1952. In-8, 92 p., fig.

(*Thèse Médecine Lyon, 1952-1953*
N° 20)

THIEBAULT (Jacques)

Contribution à l'étude de l'ornithose
(A propos de 34 observations).

(Travail du Service de Pneumologie
de l'Hôpital Militaire d'Instruction
Desgenettes et du Service des
Virus de l'Institut Pasteur de Paris.)

Lyon, Imprimerie des Beaux-Arts,
C. Annequin, 1952. In-8, 92 p., fig.

(*Thèse Médecine Lyon, 1952-1953*
N° 20)

THIEBAULT (Jacques)

Contribution à l'étude de l'ornithose
(A propos de 34 observations).

(Travail du Service de Pneumologie
de l'Hôpital Militaire d'Instruction
Desgenettes et du Service des
Virus de l'Institut Pasteur de Paris.)

Lyon, Imprimerie des Beaux-Arts,
C. Annequin, 1952. In-8, 92 p., fig.

(*Thèse Médecine Lyon, 1952-1953*
N° 20)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ORNITHOSE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen Honoraire.....	MM. J. LEPINE
Doyen	HERMANN
Assesseur	GATE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, VILLARD, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE, MOREL, PATEL, FAYRE, LEPINE, SAVY, TRILLAT, LERICHE, MOURIQUAND

PROFESSEURS

Clinique médicale A.....	MM. FROMENT
Clinique médicale B.....	P. RAVAUT
Clinique chirurgicale A.....	SANTY
Clinique chirurgicale B.....	WERTHEIMER
Clinique médicale infantile et Hygiène premier âge.....	BERNHEIM
Clinique ophtalmologique	BONNET
Clinique oto-rhino-laryngologique	REBATTU
Clinique urologique	CIBERT
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	DUFOURT
Clinique dermatologique et syphiligraphique.....	GATE
Clinique neuro-psychiatrique et Hygiène mentale.....	DECHAUME
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie.....	SEDALLIAN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	GUILLEMINEI
Clinique gynécologique	POLLOSSON
Clinique obstétricale et Accouchements.....	PIGEAUD
Clinique stomatologique	DUCLOS
Histologie	NOEL
Pharmacie et Pharmacologie.....	LEULIER
Matière médicale et Botanique.....	X...
Physiologie	HERMANN
Anatomie pathologique.....	J.-F. MARTIN
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	PONTHUS dét. à Beyrouth
Médecine du Travail.....	MAZEL
Parasitologie et Pathologie externe.....	GARIN
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.....	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.....	CHAMBON
Pathologie générale et expérimentale.....	JOSSERAND
Hydrologie thérapeutique et Climatologie.....	DELORE
Anatomie	GABRIELLE
Pathologie interne.....	CROIZAT
Chimie biologique et médicale.....	ENSELME
Pathologie chirurgicale.....	MALLET-GUY
Biologie médicale.....	JOURDAN
Pharmacie galénique.....	REVOL
Médecine légale et déontologie.....	BOURRET
Thérapeutique	LEVRAT
Hygiène	SOHIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique	MM. BANSSILLON
Chimie organique et Toxicologie.....	BADINAND
Pharmacie et Pharmacologie.....	DREVON

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Physique biologique.....	MM. BERGER	Matière méd. et botaniqu.	MM. NETIEN
Parasitologie	COUDRET	Histologie	TUSQUES
Parasitologie	ROMAN		

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Pathologie médicale.....	MM. BRUN	Anatomie pathologique..	MM. A. GUICHARD
Pathologie médicale.....	M. GIRARD	Anatomie	M. LATARJET
Pathologie médicale.....	P. GIRARD	Neuro-chirurgie	LEQUIRE
Pathologie médicale.....	JEUNE	Oto-rhino-laryngologie ..	MAYOUX
Pathologie médicale.....	VACHON	Ophtalmologie	PAUFIQUE
Pathologie chirurgicale ..	BERARD	Urologie	PERRIN
Pathologie chirurgicale ..	DARGENT	Dermato-syphiligraphie ..	THIERS
Pathologie chirurgicale ..	DESJACQUES	Médecine légale.....	ROCHE
Pathologie chirurgicale ..	LABRY		
Pathologie chirurgicale ..	MANSUY	Pathologie médicale.....	PLAUCHU, chargé fonce.
Pathologie chirurgicale ..	A. TRILLAT	Hygiène	MONNET —
Pathologie chirurgicale ..	GUILLET	Chimie biologique.....	R. CREYSSEL —
Pathologie chirurgicale ..	BROCHIER	Bactériologie	A. BERTOYE —
Obstétrique	MAGNIN	Physiologie	CIER —

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. SOHIER, Président ; JEUNE, BERTOYE, COUTURE, Assesseurs.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ANNÉE SCOLAIRE 1952-1953 — N° 20

Contribution à l'Etude de l'Ornithose

(A propos de trente-quatre observations)

Travail du Service de Pneumologie
de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes
et du Service des Virus de l'Institut Pasteur de Paris

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 2 DÉCEMBRE 1952

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

THIEBAULT Jacques

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 1^{er} Octobre 1927 à NANCY (Meurthe-et-Moselle)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
CAMILLE ANNEQUIN, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

1952



A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FAMILLE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur R. SOHIER

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Lyon

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueux dévouement et de notre profonde admiration.

A NOS JUGES

Hommages respectueux.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553222_0064

A Monsieur le Professeur P. LEPINE
Chef du Service des Virus de l'Institut Pasteur de Paris

Hommages très respectueux.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Médecin-Colonel PROTAR

Chef du Service de Radiologie
de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes
Chevalier de la Légion d'Honneur

Pendant un semestre, il nous a fait aimer
l'Electro-radiologie.

En témoignage de profond respect et de reconnaissance.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Médecin-Commandant H. BOUCHER

Lauréat de l'Académie de Médecine

Chef du Service de Pneumologie et Phtisiologie
de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes

Dès le début de nos études, comme stagiaire, puis comme interne, nous avons bénéficié de son précieux enseignement.

Il a bien voulu nous confier ce travail pour lequel il ne nous a ménagé ni son temps ni ses conseils.

Qu'il veuille bien accepter l'hommage de notre respectueuse gratitude et de notre vive affection.

A Monsieur le Médecin-Général CHAVIALLE

Commandeur de la Légion d'Honneur

Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE LYON

A NOS MAITRES DES HOPITAUX MILITAIRES

A MES CAMARADES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

AVANT-PROPOS

Les multiples incertitudes nosologiques qui persistent dans le domaine des pneumopathies aiguës non tuberculeuses nous ont incité depuis le début de 1950 à utiliser systématiquement dans ces syndromes, à la fois les ressources de la pneumologie moderne et celles du laboratoire et de la virologie. Malgré quelques difficultés inhérentes au manque partiel de crédits, le programme prévu a pu être réalisé et la méthode s'est révélée rentable sur le plan pratique puisque la presque totalité des états habituellement qualifiés de « congestion pulmonaire », de « cortico-pleurite » et d'« infiltrat labile » se sont trouvés intégrés dans le cadre nouveau des pneumonies à virus. L'ornithose, ainsi qu'on pouvait le prévoir d'après les travaux antérieurs, en particulier ceux de Favour, Smadel aux U. S. A., et ceux de P. Lepine en France, couvre une partie importante de ces pneumopathies jusqu'ici mal classées. La preuve en est que la déviation du complément avec l'antigène de l'ornithose-psittacose pratiquée au Laboratoire des Virus de l'Institut Pasteur sur les sérums de 262 de nos malades a été franchement positive dans 34 cas, ce qui représente un pourcentage d'environ 13 % (exactement 12,97 %). M. le Professeur P. Lepine ayant trouvé des chiffres plus bas dans la région parisienne (6 %), il est possible que l'endémie soit particulièrement forte dans la région lyonnaise. Il n'en demeure pas moins que l'attention des médecins doit être attirée sur la fréquence actuelle de cette virose dans notre pays et c'est pourquoi nous avons souhaité que toutes nos observations soient rassemblées dans cette thèse.

Toutefois si ce travail n'avait eu que ce but d'information statistique, son intérêt eût été bien faible. Il comportera donc aussi les données nouvelles apportées dans l'étude clinique, radiologique et biologique de cette affection par le dépouillement des obser-

vations. Ce faisant, nous espérons qu'il précisera et complétera les notions publiées par Fallet, de Genève, dans une excellente et récente monographie écrite à propos de cinq observations personnelles.

Il nous reste le très agréable devoir de remercier les distingués spécialistes à qui nous sommes redevables des examens virologiques et biologiques de nos observations.

En matière d'ornithose, on sait que la base du diagnostic de certitude est représentée par une déviation du complément positive avec l'antigène de l'ornithose-psittacose et des réactions négatives pour la grippe et la Φ . Fever. C'est dire que la contribution de M. le Professeur P. Lepine, Chef du Service des Virus à l'Institut Pasteur de Paris et de son assistante M^{lle} V. Sautter, qui ont effectué toutes les déviations du complément pour l'ornithose, les réactions de Hirst pour la grippe, étudié les sérums d'un certain nombre de pigeons et procédé à des cultures sur œuf incubé, a été capitale.

Cependant d'autres Maîtres ou Collègues nous ont apporté une aide non moins précieuse. M. le Professeur R. Sohier, de la Faculté de Médecine de Lyon, a bien voulu accepter de vérifier nos sérums par la déviation du complément pour la grippe et la réaction de Paul et Bunnell ; par ailleurs, la recherche des agglutinines à froid a été en partie l'œuvre de son laboratoire.

M. le Professeur P. Giroud, Chef du Service des Rickettsioses à l'Institut Pasteur de Paris, s'est aimablement chargé de toutes les agglutinations pour *Rickettsia Burneti*.

Nos Collègues, les médecins-capitaines A. Darbon et F. Benazet, ont procédé, au laboratoire de Bactériologie de l'Hôpital Militaire Desgenettes à diverses études : sérologies syphilitiques, hémogrammes, agglutinines à froid, exsudats bronchiques (germes visibles et inclusions).

Enfin, à l'Ecole Nationale Vétérinaire de Lyon, M. le Professeur Goret et son assistant, M. le Professeur agrégé Joubert, ont inoculé à la souris certains produits pathologiques, tandis que M. le Professeur Lucam recherchait l'agglutinine anti-Gallus dans certains de nos sérums.

Ainsi, cet ensemble de recherches représente un véritable travail d'équipe où la part des spécialistes de virologie et de laboratoire a été considérable parce qu'elle a donné à nos études cliniques, radiologiques et bronchologiques des bases indiscutables et précises. Nous sommes heureux de pouvoir le souligner ici et de leur rendre l'hommage qu'ils méritent.

H. BOUCHER.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Ce n'est pas le lieu de revenir sur la psittacose, affection isolée pour la première fois par Ritter en 1879, que sa gravité et sa transmission par les psittacidés opposent à l'ornithose, maladie voisine par la graine mais incomparablement plus bénigne et plus répandue.

En 1940, Coles, en Afrique du Sud, décrit une affection proche de la psittacose qui évolue habituellement de façon latente chez le pigeon domestique mais peut aussi donner lieu à une maladie caractérisée chez cet animal et se transmettre à l'homme. Des faits semblables sont ensuite observés aux Etats-Unis et en 1941 F. K. Meyer, de San Francisco, parvient à isoler un virus très proche de celui de la psittacose à partir des poumons d'un homme contaminé par les pigeons. Cependant, par la déviation du complément, il constate que certains de ces oiseaux (33 %) possèdent dans leur sérum des anticorps de la psittacose ; par ailleurs, il parvient à isoler chez quatre pigeons un virus identique à celui qu'il avait découvert chez l'homme. Enfin, devant la multiplicité des hôtes possibles pour le virus parmi les oiseaux, il propose le terme d' « ornithose » et conseille de réserver celui de psittacose à la maladie transmise par les seuls psittacidés.

Par la suite, les observations de Meyer, Eddie et Yanamura (1942), Smadel, Favour (1943) et de beaucoup d'autres auteurs confirment le bien-fondé de cette conception. Il apparaît nette-

ment qu'il faut séparer de la psittacose, affection aiguë, sévère, hautement contagieuse, transmise par les psittacidés, une autre affection habituellement bénigne, peu ou pas contagieuse, qui évolue sous la forme de pneumopathies diverses ressemblant d'assez près à la pneumonie atypique primitive. Le nom d'ornithose est bien choisi parce que le virus très proche de celui de la psittacose par ses caractères antigéniques, n'est pas transmis par les psittacidés mais par de nombreuses races d'oiseaux, en particulier les pigeons et les volailles. Ces points essentiels étant précisés, notons que parmi les nombreux travaux publiés, nous ne retiendrons que ceux qui ont une importance particulière pour cette thèse.

En 1943, Favour fait une excellente revue d'ensemble et décrit les formes cliniques habituelles de la maladie. La même année, Smadel, à propos de quarante-cinq cas sporadiques de pneumonie atypique recueillis dans les villes de l'Ouest des Etats-Unis, montre, par la déviation du complément, qu'un quart d'entre elles sont dues au virus de l'ornithose. Puis, en 1944, Meiklejohn, Beck et Eaton apportent la preuve de la contamination interhumaine (observations recueillies chez des nurses). Ils parviennent également à isoler le virus de l'expectoration des malades comme l'avait déjà fait Meyer et comme le feront aussi en 1944 Levinson, Gibbs et Beardwood.

Enfin, les recherches poursuivies depuis 1944 en Amérique sont consacrées surtout à la thérapeutique, à l'étude du virus lui-même, et au contrôle des oiseaux qui est d'ailleurs fort instructif. Ainsi, Labzoffsky découvre, en 1947, sur les pigeons sauvages de trois villes de l'Ontario, que 16,4 % d'entre eux (sur 146 pigeons examinés) possèdent des anticorps ornithosiques dans le sérum. De plus, il parvient à isoler le virus chez plus de la moitié des pigeons positifs (58 %).

En Europe, en 1949, un premier travail de P. Lepine, où il examine les diverses étiologies des pneumonies à virus, fait allusion à l'ornithose, puis Mach, Fallet et Mlle V. Sautter en publient une première observation (1950).

Peu après, P. Lepine, dans un important travail au 1^{er} Congrès International de Médecine Interne (Paris, 1950) fait une revue générale très complète à propos de deux observations personnelles.

Diverses observations isolées. ensuite par les auteurs suisses Fallet, Mach et Wirth et Wirth et Fallet servent de base à l'excellente monographie de Fallet (1951).

Enfin, P. Lepine et Mlle Sautter montrent la large diffusion actuelle du virus (72 % des pigeons parisiens sont ou ont été infectés) tandis que H. Boucher et Mlle V. Sautter apportent leurs constatations à propos de treize observations nouvelles recueillies à Lyon (1951).

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Le nombre des cas publiés ici pourra paraître considérable puisque trente-quatre observations ont été recueillies au Service de Pneumologie de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes dans un laps de temps de dix-huit mois environ (novembre 1950-mai 1952). En réalité, cette moisson importante s'explique aisément :

1° Des contrôles systématiques par les tests d'orientation et les tests virologiques de certitude ont été utilisés dans le Service depuis le début de 1950 pour toutes les pneumopathies aiguës et subaiguës non tuberculeuses.

Dans le cas particulier de l'ornithose, la déviation du complément a été effectuée dans 262 cas, soit 22 en 1950, 155 en 1951 et 85 en 1952, mais c'est en novembre 1950 seulement que la première réaction positive fut observée.

2° Une petite épidémie ou plutôt des manifestations endémo-épidémiques sont intervenues à partir du printemps de 1951 dans un camp militaire de la région lyonnaise (Sathonay).

Nos observations seront donc classées en deux groupes, les cas sporadiques d'une part, les cas endémo-épidémiques d'autre part.

Par cas sporadiques, nous entendons les cas observés chez des sujets venus de régions diverses et sans liaison les uns avec les autres ; par cas endémo-épidémiques, nous entendons tous les cas recueillis au camp de Sathonay ; il est, en effet, illogique de les considérer comme de simples cas sporadiques, puisque les autres camps de la région de Lyon sont restés indemnes.

A part un cas de contamination hospitalière à partir d'un de nos cas sporadiques qui semble indiscutable (obs. 17), il n'a pu être établi que certains de nos malades s'étaient contaminés les uns les autres. Indiscutablement, le seul lien entre eux était une commune contamination par des poussières contenant des déjections aviaires virulentes.

Notons enfin, avant l'exposé des observations, que nous laissons de côté tous les examens pratiqués pour éliminer la tuberculose, examens qui, bien entendu ont été utilisés de façon systématique. De même, nous ne ferons pas état des signes négatifs : par exemple, si une splénomégalie ou une albuminurie ne sont pas signalées, c'est qu'elles n'existent pas.

A. — Cas sporadiques

OBSERVATION I

(publiée in Lyon Médical, 1951, 26, p. 8)

P... Eugène, 21 ans, sous-officier dans une unité de Lyon-Vénissieux, est admis à l'hôpital le 15 novembre 1950 pour douleurs thoraciques gauches et syndrome cortico-pleural.

A l'entrée, il se plaint de douleurs de la région sous-mamelonnaire gauche apparues depuis cinq jours avec toux intense et expectoration muqueuse minime. Aucun élément particulier dans les antécédents si ce n'est la notion d'un virage de cuti datant de huit mois.

Examen clinique : Température 39°, état général conservé. Aux poumons : syndrome de cortico-pleurite typique de la base gauche avec frottements et râles bronchiques (ronchus et piaulants). Examen général négatif, en particulier pas d'atteinte ganglionnaire.

Examen radiologique : Condensation hétérogène de la région paracardiale gauche correspondant de profil à une zonite de la lingula avec travées hilifuges et épaississement hilaire.

Bronchoscopie (29-11-1950) : A peu près normale ; lobaire inférieure gauche et bronches linguaires sales sans plus. Prélèvements : pneumocoques, pas de B. K.

Examens complémentaires : B. W. négatifs les 27 novembre, 4 décembre et 11 décembre 1950.

Hémogramme, 27 novembre (dix-huitième jour) :

— Globules blancs : 8.000.

— Globules rouges : 4.550.000.

— Polynucléaires 69 % : neutrophiles : 69

basophiles : 0

éosinophiles : 0

— Mononucléaires 31 % : lymphocytes : 15

monocytes : 16

Le 4 décembre 1950 (vingt-quatrième jour) :

— Globules blancs : 5.200.

— Globules rouges : 4.200.000.

— Polynucléaires 52 % : neutrophiles : 52 ,

— Mononucléaires 48 % : lymphocytes : 44

monocytes : 4

Déviatiou du complément pour l'ornithose positive. Hirst et agglutination de R. Burneti négatifs.

Traitement et évolution : Le malade reçoit pendant 14 jours 600.000 U. de pénicilline et des sulfamides (Sumédine). Après quoi, il quitte le Service guéri, le 12 décembre 1950. Asthénie nette à la convalescence.

Résumé : Cortico-pleurite de la base gauche peu sensible à la pénicilline avec lymphomononucléose et B. W. négatif. Asthénie résiduelle. Une déviation du complément positive permet de rattacher ce syndrome à l'ornithose. Il s'agit d'un cas sporadique (pas de contact avec les pigeons).

OBSERVATION II

G... Raymond, 20 ans, en garnison à Lunéville (Meurthe-et-Moselle), est admis le 6 mars 1951 à l'hôpital pour hémoptysie.

Cet homme, qui avait présenté en janvier un état fébrile avec angine, lombalgie et amaigrissement de 4 kilogs, était en effet arrivé à Lyon en convalescence il y a six jours lorsqu'il a brusquement présenté de la toux et une hémoptysie nette. Inquiet, parce qu'il avait eu une primo-infection à l'âge de 14 ans, il se fait admettre aussitôt à l'hôpital.

A l'entrée : état général satisfaisant, température 37°7. Le malade se plaint de toux intense mais ne crache pas. V. S. : 10/24. Cuti : +. B. K. : 0.

Examen clinique : Négatif. Pas de ganglions, examen pulmonaire négatif.

Examen radiologique (7 mars) : A droite, aspect de primo-infection fistulisée avec gros hile et infiltrat tacheté de la partie moyenne. A gauche, travées hilifuges surtout à la base. Les tomographies de face et de profil montrent un hile épaissi, diffus mais sans adénopathie réellement individualisée. On voit nettement des travées hilifuges à droite et à gauche. Cependant, la toux persiste et la température garde un mode subfébrile irrégulier entre 37° et 38°.

Bronchoscopie (14 mars 1951) : Bronches rouges à droite et à gauche, très sensibles au contact et hypersécrétantes. Tous les éperons sont cependant perméables. Prélèvements : pneumocoques, pas de B. K.

Un traitement à la penicilline avec 500.000 U. par jour, du 16 au 23 mars, n'a pas d'action ni sur la température ni sur la toux. On fait donc un lipiodol de contrôle le 28 mars, bien que le cliché standard ait montré un nettoyage à peu près complet dès le 23 mars. Ce lipiodol ne montre aucune anomalie bronchique en dehors d'un élargissement léger du rameau de Nelson à gauche. Finalement, le malade part en convalescence le 16 avril très amélioré. En juin, on le revoit complètement guéri.

Examens complémentaires : B. W. positif dissocié les 12 et 19 avril. (Kahn et Meinicke positifs), négatif les 7 et 21 juin.

Agglutinines à froid : 1/20 le 9 avril.
1/10 le 16 avril.
0 le 4 juin.

Hémogramme (5 juin 1951) :

— Globules rouges : 4.520.000.
— Globules blancs : 6.600.
— Polynucléaires 58 %.
— Mononucléaires 42 % : lymphocytes : 28
monocytes : 14

Deviation du complément pour l'ornithose positive. Hirst, D. C. grippe, agglutination R. Burneti négatives.

Résumé : Pneumopathie subaiguë traînante ayant débuté par une hémoptysie non influencée par la penicilline.

Image radiologique laïe simulant une primo-infection fistulisée. B. W. positif biologique. D. C. pour ornithose. Cas sporadique, pas de contact avec les pigeons.

OBSERVATION III

L... Henri, 21 ans, sou-officier au Bourget-du-Lac (Savoie), entre dans le Service pour congestion pulmonaire le 18 mars 1951. L'affection semble avoir débuté il y a trois semaines par un syndrome d'allure grippale avec une température à 39°5, des frissons, une toux sèche et une rhinite importante. Après un repos de six jours, il reprend son travail mais la toux persiste, ce qui l'incite à consulter et se faire admettre à l'hôpital.

A l'entrée : Etat général conservé, température subfébrile, sujet asthénique se plaignant de céphalées et de toux sèche intense. On ne note pas de dyspnée. V. S. : 75/95 ; huit jours plus tard elle sera à 19/43.

Examen clinique : Submatité de la base et de l'aisselle droites avec augmentation des vibrations, râles bulleux, ronchus et sibillances.

Examen radiologique : Dans la région sous-hilaire droite et à l'extrême base, aspect tacheté avec des images polyaréolaires et un empâtement de la trame (image ressemblant beaucoup à ce qu'on voit dans la pneumonie atypique primitive).

Examens complémentaires : Réaction de Bordet-Wassermann positive, de type biologique, avec Kahn très positif le 20 mars, négative le 27 mars.

Agglutination à froid positive au 1/80 le 27 mars. D. C. ornithose fortement positive. D. C. grippe, Hirst et agglutination R. Burneti négatives.

Traitement et évolution : Succès apparent de la pénicilline (600.000 U. pendant 6 jours). Au bout de trois jours, chute de la température ; au huitième jour, nettoyage radiologique à peu près complet.

Résumé : Congestion pulmonaire traînante de la base droite avec B. W. positif biologique, agglutinines à froid au 1/80, D. C. ornithose positive. Cas sporadique (pas de contact avec les oiseaux) (1).

OBSERVATION IV

S... Pierre, 21 ans, en garnison à Lyon (Fort-Lamothe), entre, le 10 mai 1951, dans le Service pour image suspecte de la base gauche dépistée par radioscopie systématique. Le sujet tousse, souffre de céphalées et de frissons depuis trois jours. Antécédents sans intérêt.

A l'entrée : Etat général satisfaisant, pas de température, toux intense non productive.

Examen clinique : Pas d'atteinte ganglionnaire décelable. Aux poumons, diminution du murmure vésiculaire à la base gauche sans plus.

Examen radiologique : Opacité nuageuse mal limitée de la base gauche.

Examen complémentaires : Bordet-Wassermann positif de type biologique, avec Kahn +++ le 17 mai, +++ le 22 mai, +++ le 29 mai et négatif le 21 juin.

Agglutination à froid : positive au 1/10 les 15, 21, 25 mai, négative le 19 juin.

Hémogramme (11 mai, cinquième jour) :

— Globules blancs : 8.600.

— 48 % de lymphomononucléaires.

Le 24 mai (dix-huitième jour) :

— Globules blancs : 9.000.

— 43 % de lymphomononucléaires.

Le 22 juin :

— Globules blancs : 6.000.

— 43 % de lymphomononucléaires.

D. C. ornithose positive, Hirst et agglutination R. Burneti négatifs.

Un traitement avec 500.000 U. de pénicilline par jour pendant sept jours, du 10 au 17 mai, ne parut pas efficace sur le syndrome bronchique. Cependant, la radio était redevenue normale dès le 22 mai.

Résumé : Cortico-pleurite fruste de la base gauche avec lymphomononucléose, B. W. positif dissocié, agglutinines à froid positives, D. C. positive pour l'ornithose.

Cas sporadique (pas de contact avec les pigeons).

(1) Il est possible toutefois que les mouettes du Lac du Bourget soient responsables de ce cas. En effet, le Camp du Bourget serait visité souvent par ces volatiles.

OBSERVATION V

G... Maurice, 20 ans, des troupes d'occupation en Autriche, entre dans le Service au cours d'une permission, le 31 mai 1951, pour cortico-pleurite de la base gauche.

Depuis deux mois environ, il accuse un point de côté axillaire gauche avec toux fréquente non productive. Pas d'antécédents à retenir.

A l'entrée : Température 38°7, état général un peu touché, amaigrissement de 2 kilogs, toux intense pénible avec point de côté de la base.gauche.
V. S. : 10/25.

Examen clinique : Submatité de l'aisselle et de la base gauches avec râles bulleux à la toux.

Examen radiologique : A gauche, légère rétraction du pied de la scissure avec comblement du cul-de-sac costo-diaphragmatique antérieur; en somme, image de cortico-pleurite à la phase de résolution.

Bronchoscopie (6 juin 1951) : Rougeur diffuse et hyperexcitabilité tussigène très marquée.

Examens complémentaires : Bordet-Wassermann négatif les 4, 11 et 18 juin.
Agglutination à froid négative (4, 11, 18 juin).

Hémoqramme (4 juin) :

— Globules rouges : 4.590.000.

— Globules blancs : 3.200.

— Polynucléaires 37 % : neutrophiles : 33

basophiles : 0

éosinophiles : 4

— Mononucléaires 63 % : lymphocytes : 37

monocytes : 26

D. C. ornithose positive avec baisse des anticorps entre les deuxième et troisième prélèvements. Hirst et agglutination R. Burneti négatives.

Prélèvements bronchoscopiques (19 juin) : Fibrine : 0, mucus : +, polynucléaires : 0, cellules épithéliales : +, inclusions : 0, germes : 0.

Traitement et évolution : Pénicilline 500.000 U. pendant sept jours sans grande action sur le syndrome bronchique qui disparaît spontanément au troisième mois.

Résumé : Cortico-pleurite traînante de la base gauche avec lymphomononucléose et D. C. ornithose positive. Cas sporadique (pas de contact avec les pigeons).

OBSERVATION VI

J... Germain, 20 ans, en garnison à Valence, entré à l'hôpital le 3 juillet 1951 pour observation (rhumatisme articulaire dans les antécédents), contracte un syndrome pseudo-grippal le 10 juillet 1951. Il passe le 12 au Ser-

vice de Pneumologie où l'on est frappé par une toux sèche fréquente sans température.

A l'entrée : Etat général excellent, toux sèche non influencée par les médications habituelles, asthénie accompagnée de céphalées fronto-orbitaires, cuti négative, V. S. : 10/24.

Examen clinique : Rien à signaler.

Examen radiologique : Hile touffu avec petit foyer peu dense de la lingua ; le sinus costo-diaphragmatique antérieur gauche est émoussé. Le nettoyage radiologique sera complet le 7 août.

Examens complémentaires :

Le 24 juillet 1951 :

B. W.

Kolmer : + + + +.

Kahn : + + + +.

Le 31 juillet 1951 :

Kolmer : douteux.

Kahn : négatif.

Le 10 septembre 1951, toutes réactions négatives.

Agglutinines à froid : 24 juillet 1951 : + 1/100.

31 juillet 1951 : + 1/100.

Hémogramme (25 juillet 1951) :

— Globules blancs : 5.200.

— Polynucléaires 52 %.

— Mononucléaires 48 %.

D. C. ornithose positive, Hirst et agglutination R. Burneti négatives.

Traitement et évolution : Court traitement à la pénicilline (600.000 U. pendant sept jours, du 18 au 25 juillet) sans grande action sur le syndrome bronchique et l'image radiologique.

Guérison en un mois environ (nettoyage radiologique complet le 7 août 1951). Cas sporadique. Le sujet signale qu'il allait souvent se promener dans un jardin public de Valence où vivent des pigeons.

OBSERVATION VII

C... Roger, 21 ans, en garnison à Leyment (Ain), entre le 5 décembre 1951 pour congestion pulmonaire gauche. La maladie a commencé la veille par des frissons, un point de côté, de la toux et une poussée fébrile à 40°.

A l'entrée : Température 38°5, état général conservé, toux sèche fréquente. V. S. : 11/25.

Examen clinique : Submatité de la base gauche, crépitations pleurales et râles bulleux. Quelques ganglions perceptibles, en particulier dans l'aisselle gauche.

Examen radiologique : De face : flocus irréguliers de la base gauche. De profil, ces éléments siègent dans les segments baso et externe du lobe inférieur.

On prescrit un court traitement à la pénicilline (1.500.000 U. en quatre jours : 300.000 puis 400.000 $\times$ 3 jours). Dès le troisième jour, température normale. Le 10 décembre : V. S. 5/17. Enfin, le 18 décembre, nettoyage radiologique à peu près complet.

Examens complémentaires :

B. W. le 12 décembre 1951. Kahn ++ +.

20 décembre 1951 et 7 janvier 1952 : négatifs.

Agglutinines à froid : 1/1 20 décembre 1951 et 7 janvier 1952 : négatives.

Hémogramme (10 décembre 1951) :

— Globules blancs : 12.800.

— Polynucléaires 54 %.

— Mononucléaires 46 %.

Le 7 janvier 1952 :

— Globules blancs : 8.400.

— Polynucléaires 64 %.

— Mononucléaires 36 %.

D. C. ornithose positive. Hirst, D. C. grippe, Paul et Bunnel, agglutination R. Burneti : 0.

Résumé : Ornithose à forme de congestion pulmonaire gauche bénigne apparemment sensible à la pénicilline. S. W. positif biologique. pas d'agglutinines à froid, lymphomononucléose.

Epidémiologie. La chambre où vivait ce malade à Leyment est située à proximité immédiate d'un poulailler où se trouvent des poules communes. Par ailleurs, il existe en été à Leyment des oiseaux migrateurs de la famille des pigeons (poules de Carthage).

OBSERVATION VIII

S... Aimé, 20 ans, en garnison à Valence, est admis à l'hôpital le 17 décembre 1951 en observation pour troubles dyspeptiques. Le 24 décembre, il présente un syndrome grippal avec température à 39°2. Jusqu'au 31 décembre, il gardera une température aux environs de 39° malgré un traitement à la pénicilline (800.000 U. par jour). A l'examen, le 31 décembre, moitié du tiers inférieur du poumon gauche, souffle tubaire typique et couronne de râles bulleux. Un traitement avec 4 gr. 5 de streptomycine en cinq jours est prescrit puis le malade passe dans le Service de Pneumologie le 6 janvier 1952 avec le diagnostic de pneumopathie virale possible.

A l'entrée : Bon état général, température normale. Persistance d'une toux intense peu productive. Cuti : 0.

Examen clinique : Légère submatité de la base gauche avec râles bulleux secs après la toux dans l'aisselle. Ronchus et sibillances sur les deux plages pulmonaires. Petite splénomégalie palpable.

Examen radiologique (3 janvier) : Gros empâtement du hile droit simulant une adénopathie trachéo-bronchique. De profil, travées hilifuges.

Un bref traitement à l'auréomycine (4 gr. 5) et deux bronchoscopies les 9 et 16 janvier permettent d'obtenir une guérison rapide avec reprise de poids de 2 kilogs.

En bronchoscopie, sécrétions muco-purulentes grisâtres abondantes à droite et à gauche avec hyperexcitabilité tussigène et rougeur diffuse.

Le 22 janvier, nettoyage radiologique à peu près complet.

Examens complémentaires : B. W. (7, 13 janvier) : 0.

Agglutinines à froid (7 et 13 janvier) : $>$ à 1/160.

Hémogramme (29 décembre 1951) :

— Globules rouges : 3.800.000.

— Globules blancs : 6.400.

— Polynucléaires 68 %.

— Mononucléaires 32 %.

Expectoration (11 décembre) : Pneumocoques et diplococcus catarrhalis.

Prélèvements bronchiques :

— 9 janvier : Polynucléaires nombreux, plus ou moins altérés, cellules épithéliales bronchiques, travées de fibrine et de mucus. Pas d'inclusions, pas de germes.

— 16 janvier : Mucus et cellules épithéliales peu altérées. Pas de polynucléaires, pas d'inclusions.

D. C. ornithose positive. Hirst, D. C. grippe, agglutination R. Burneti négatives.

Résumé : Ornithose à forme de congestion pulmonaire avec début pseudo-grippal et agglutinines à froid.

Cas sporadique (pas de contact avec les pigeons).

OBSERVATION IX

Mme D..., 35 ans, consulte, le 11 février 1952, en raison d'une toux sèche, pénible, remontant à plusieurs semaines, non influencée par les méthodes ordinaires.

Examen clinique : Ronchus et sibillances diffus surtout à droite.

Examen radiologique : Travées hilifuges irradiant principalement à la partie supérieure du hile droit et vers l'avant.

Examens complémentaires : B. W. et agglutinines à froid (11 et 18 février) négatifs.

D. C. ornithose positive. Hirst, D. C. grippe, agglutination R. Burneti : 0.

Traitement et évolution : Guérison spectaculaire par l'auréomycine (9 gr. 5) (0,5 le premier jour puis un gramme par jour).

Epidémiologie : Pour faire plaisir à ses enfants, cette malade avait l'habitude d'attirer des pigeons dans son jardin (pigeons de la place des Terreaux à Lyon).

OBSERVATION X

D... Jean-Marie, 4 ans, nous est amené par sa mère, le 11 février 1952, en raison d'une toux opiniâtre avec température subfébrile remontant à plusieurs semaines.

A l'examen : Râles bulleux et râles bronchiques aux deux bases. Ganglions cervicaux perceptibles à droite et à gauche.

Radiographie : Infiltrat irrégulier des deux bases avec travées hilifuges bilatérales.

Examens complémentaires : B. W. Kahn + le 11 février.

Toutes réactions négatives, le 18 février.

Agglutinines à froid négatives les 11 et 18 février.

Hémogramme :

— Globules rouges : 4.400.000.

— Globules blancs : 10.800.

— Polynucléaires — 60 % : neutrophiles : 50

éosinophiles : 10

— Mononucléaires 40 % : lymphocytes : 32

monocytes : 8

D. C. ornithose positive. Hirst, D. C. grippe, Paul et Bunnell, agglutination R. Burneti : 0.

Traitement et évolution : Guérison spectaculaire par l'auréomycine (9 gr. 5).

Epidémiologie : Avait joué souvent avec des pigeons.

OBSERVATION XI

L... François, 22 ans, en garnison à Valence, entre à l'hôpital, le 20 février 1952, pour hémoptysie et baisse de l'état général. Dans les antécédents, congestion pulmonaire à 16 ans, pleurésie gauche à 18 ans. Le 16 février, l'affection débute par des frissons et une toux discrète ; le lendemain, apparition de crachats hémoptoïques, ce qui entraîne l'hospitalisation.

A l'entrée : bon état général, température 37°7, toux sèche avec expectoration muqueuse.

Examen clinique : Rien à signaler.

Examen radiologique : Zonite du segment externe du lobe moyen. Le 29, nettoyage radiologique.

Bronchoscopie (27 février 1952) : Œdème de la partie droite de l'éperon lobaire moyen.

Examens complémentaires :

Présence de pneumocoques pathogènes dans l'expectoration. B. W. (20 février) : négatif.

Agglutinines à froid (20 février) : négatif.

Hémogramme (20 février 1952) :

— Globules blancs : 7.600.

— Polynucléaires 40 %.

— Mononucléaires 60 %.

D. C. ornithose positive. Hirst et agglutination R. Burneti négatives.

Traitement et évolution : Action favorable de la pénicilline 500.000 U. × 6 jours (22 au 27 février). Chute de la V. S. de 17/42 à 4/10 et régularisation de la température (de subfébrile devient normale).

Cas sporadique : pas de contact connu avec les pigeons.

OBSERVATION XII

P... Antoine, 48 ans, employé civil, entre, le 11 mars 1952, pour pneumopathie aiguë.

Antécédents : éthylisme, congestion pulmonaire en 1948 et en 1949.

A l'entrée : Au deuxième jour de la maladie, faciès vultueux sans herpès, température 40°4, pouls 116. Point de côté droit accompagné de toux sèche et de dyspnée légère. V. S. : 78/100.

Cliniquement : Quelques ronchus et sibillances à la base et dans l'aisselle droite. Le lendemain, matité de l'aisselle droite et foyer de râles crépitants.

Radiographie : Condensation de type pneumonique des segments postérieur et externe du lobe supérieur droit.

Bronchoscopie (2 avril 1952) : Bronches de couleur normale sans hyper-sécrétion notable. Sur l'éperon lobaire supérieur droit à la partie antérieure, cupule profonde qui correspond sans doute à un reliquat de fistule ganglio-bronchique. Image identique mais plus vaste au-dessus de l'éperon lobaire moyen (calcification dans la paroi bronchique, sur le film).

Examens complémentaires :

Hémogramme (12 mars) :

— Globules rouges : 3.300.000.

— Globules blancs : 3.800.

— Polynucléaires 86 % : neutrophiles : 86

— Mononucléaires 14 % : lymphocytes : 9
monocytes : 5

Agglutinines à froid (12, 14 mars) : 0.

Bordet-Wassermann (12 mars) : négatif.

Le 24 mars : Kolmer + + +.

Examen de l'expectoration : Pas de bacilles de Koch ni autres germes les 12, 14 et 19 mars ; de même, pas de pneumocoques pathogènes pour la souris (deux recherches).

D. C. ornithose positive. Hirst et agglutination R. Burneti : 0.

Traitement et évolution : Du 11 au 19 mars, 600.000 U. de pénicilline par jour. En douze heures, la température tombe à 38°, elle sera normale le 13. Nettoyage radiologique plus lent.

Cas sporadique : pas de contact connu avec les pigeons.

OBSERVATION XIII

D... Claude, 20 ans, en garnison à Leyment (Ain), entre le 4 avril 1952, pour toux persistante avec image radiologique du gros hile droit. L'affection a débuté le 19 mars par une bronchite aiguë avec toux et expectoration. Antécédents : paratyphoïde B en janvier 1952, guérie sans complication ; cuti + depuis plus d'un an.

A l'entrée : Bon état général, température 37°5, toux et expectoration encore importantes, cuti +, V. S. : 27/52 ; à signaler des lombalgies depuis trois jours (urines normales ne contenant ni sucre ni albumine).

Examen clinique : Négatif.

Radiographie de face : Hile droit épaissi simulant une primo-infection. De profil, le hile est un peu épaissi mais l'opacité siège surtout dans le Fowler (zonite peu dense). A signaler par ailleurs une grande scissure, nettement renforcée.

Bien qu'un traitement de quatre jours à la pénicilline (600.000 U.) ait ramené la température de 38°5 à 37°5, la toux persiste inchangée le 11 avril ; on fait donc appel à l'auréomycine pendant dix jours (11 au 21 avril, dose totale 9 gr. 50) qui amène une guérison très rapide. Le 6 mai, nettoyage radiologique complet.

Examens complémentaires :

B. W. (7 avril), Kahn : ++.

(15 avril et 5 mai) : 0.

Agglutinines à froid (21 avril) : 0.

(5 mai) : 0.

Hémogramme (7 avril 1952) :

— Globules blancs : 12.700.

— Polynucléaires 58 %.

— Mononucléaires 42 %.

Expectoration (7 avril 1952) : Pas de pneumocoques pathogènes pour la souris. Pas de staphylocoques pathogènes.

Bronchoscopie (16 avril 1952) : Rougeur diffuse à droite et à gauche avec forte réaction tussigène et hypersécrétion muqueuse.

Prélèvements : Mucus et cellules épithéliales presque exclusives. Pas d'inclusions.

D. C. ornithose positive. Hirst, agglutination R. Burneti : 0.

Résumé : Ornithose bénigne à forme de bronchite traînante. Faux aspect de primo-infection à la radio. Inefficacité d'un court traitement à la pénicilline. Guérison rapide par l'auréomycine.

Epidémiologie : Cas sporadique. Il existe à Leyment des oiseaux sauvages (poules de Carthage) qui constituent peut-être le vecteur pathogène.

OBSERVATION XIV

T... Jean, 21 ans, en garnison à Lyon-La Doua, souffre de toux pénible et de dysphonie depuis quinze jours lorsqu'il arrive à l'hôpital le 18 avril 1952.

A l'entrée : Température 37°5, voix rauque, léger point de côté de la base droite. V. S. 20/40. Cuti : 0.

Cliniquement : Pas de signes à l'auscultation pulmonaire, hypertrophie modérée du corps thyroïde, pouls à 48. Tension artérielle à 12/5.

Radio : De face, épaississement hilaire droit avec opacité sous-jacente latéro-cardiaque. De profil, grosse masse hilaire avec travées hilifuges surtout vers les segments antérieurs. Zonite du segment antéro-interne du lobe moyen.

Tomographies (profil droit) : Image d'adénopathie hilaire droite (angle lobaire supérieure-lobaire moyenne).

Un traitement avec 800.000 U. de pénicilline pendant sept jours n'a guère d'action sur la température qui garde le même type subfébrile entre 37° et 38°. A la fin du traitement, la V. S. est au même chiffre qu'à l'entrée (20-40). Puis l'affection guérit lentement et spontanément (V. S. 5/12 le 17 mai 1952). Asthénie résiduelle.

Examens complémentaires :

B. W. (18 avril) : Kahn : positif + + + +.

Debains : positif + + +.

(28 avril) : Kahn : positif + + + +.

Debains : positif + +.

(12 mai) : Kahn : positif +.

Agglutinines à froid : 0.

D. C. ornithose positive, Hirst, agglutination R. Burneti : 0.

Résumé : Ornithose bénigne à forme de pneumopathie subaiguë du lobe moyen. Action discutable d'un traitement à la pénicilline.

Epidémiologie : Cas sporadique (pas de contact avec les pigeons).

OBSERVATION XV

Mme G... Paulette, 30 ans, employée à l'Hôpital Desgenettes, entre le 28 avril 1952 au Service de Médecine générale pour toux et amaigrissement. La maladie a, en effet, commencé trois semaines auparavant par un enrrouement, de la toux et une expectoration muqueuse peu abondante. Par la suite, apparurent des céphalées et une grande asthénie.

A l'entrée : Malade amaigrie, pâle, se plaignant d'un point de côté dans la région sous-scapulaire droite, température 37°9, V. S. 32/66, cuti +.

Examen : Petite zone submate dans l'aisselle droite avec augmentation des vibrations. Pas de râles. Au cœur, rien à signaler. T. A. 11,5/7. Pouls 88. Abdomen souple, foie et rate non perçus.

Clichés : Zonite du segment de Fowler droit avec gros ganglion inter-bronchique. Sinus droit émoussé.

Le 30 avril, un traitement à l'auréomycine est institué (0,50 puis 1 gr. par jour). Il sera poursuivi jusqu'au 20 mai (dose totale 20 gr. 50). Dès le 3 mai, la température, jusqu'alors entre 37°5 et 38° retombe à la normale. Cependant, un foyer de râles bulleux très net apparaît dans la fosse sous-épineuse droite et la malade passe en Pneumologie avec le diagnostic de « pneumopathie virale probable ». Le 6 mai, un nouveau contrôle radiologique ne montre aucune amélioration et c'est seulement le 23 que le cliché sera redevenu normal. L'évolution des signes cliniques est parallèle, les râles bulleux ne disparaissent que le 22 mai. Forte asthénie à la convalescence.

Examens complémentaires :

B. W. (5 mai) : Kahn : positif ++ +.

Debains : positif ++ +.

Kolmer : douteux.

Kline : 0.

(12 mai) : Kahn : positif ++ + +.

Debains : positif ++ + +.

Kolmer : positif ++ + +.

Kline : 0.

(Test de Nelson négatif.)

Agglutinines à froid : 0.

Hémogramme (5 mai) :

— Globules rouges : 3.600.000.

— Globules blancs : 12.800.

dont 78 % polynucléaires et 21 % mononucléaires.

— Hémoglobine : 75 %.

D. C. ornithose positive. Hirst négatif. D. C. grippe, agglutination R. Burneti non parvenues.

Résumé : Ornithose de forme sévère avec forte asthénie et amaigrissement, perturbations marquées de la sérologie syphilitique. Guérison par l'auréomycine.

Epidémiologie : Cette malade possède quatre pigeons qu'elle a soignés régulièrement jusqu'à sa maladie. Le sérum de trois de ces pigeons a pu être étudié à l'Institut Pasteur : l'inhibition de la D. C. a été positive pour l'un d'entre eux.

OBSERVATION XVI

Mlle P... Michelle, 19 ans, élève infirmière, est envoyée en consultation au Service de Pneumologie, le 20 mai 1952, pour « signes congestifs de l'aisselle gauche avec image radiologique de primo-infection ». De fait, cette jeune fille a présenté un syndrome de type grippal le 7 mai et une toux non productive s'est ensuite installée avec asthénie intense et amaigrissement. Sur un cliché effectué quelques jours plus tard, on constate de face une opacité floconneuse avec adénopathie hilare similaire évoquant tout à fait une primo-infection. De profil, cependant, il s'agit d'une opacité irrégulière dans le segment antérieur du lobe supérieur gauche, contenant une très belle image pseudo-cavitaire et l'on voit nettement un ganglion hypertrophié dans le hile. On suspecte aussitôt une ornithose sur cet aspect radiologique et aussi sur l'ensemble des signes (début pseudo-grippal, toux non productive, asthénie intense avec pâleur, foyer de râles bulleux dans l'aisselle gauche, cuti et l. D. tuberculinique négatives).

Les examens complémentaires donnent des résultats confirmatifs :

— 21 mai, B. W. + biologique :

Kahn : positif + + + +.

Kline : 0.

Debains : positif + + + +.

Kolmer : positif + + + +.

Agglutinines à froid : 0.

— 30 mai, B. W. + :

Kahn : positif + + + +.

Debains : positif + + + +.

Agglutinines à froid : 0.

D. C. ornithose positive. Hirst : non pratiqué (pas de sérum précocé).

Agglutination R. Burneti : résultat non parvenu.

Evolution : Guérison rapide par 20 gr. 50 d'auréomycine. Longue asthénie à la convalescence.

OBSERVATION XVII

Mme M... Hélène, 46 ans, femme de ménage au Service de Pneumologie de l'Hôpital Desgenettes, est déclarée suspecte à la radioscopie systématique du personnel le 26 mai 1952. De fait, elle présente au sommet droit une opacité nuageuse mal limitée sous-claviculaire droite qui semble excavée en scopie et sur cliché standard. Par l'interrogatoire, on apprend que cette malade se plaint de toux sèche et d'asthénie depuis une quinzaine de jours.

Cependant, il n'existe aucun signe d'auscultation, la bacilloscopie est négative (tubage) et la tomographie ne confirme pas l'existence d'une caverne.

Manifestement, il s'agit d'une image pseudo-cavitaire et l'impression est d'emblée en faveur d'un processus viral. Un bref traitement à la terramycine (8 gr. 50 en 9 jours) amène une guérison rapide, mais longue asthénie à la convalescence:

Examens complémentaires :

B. W. : négatif.

Agglutinines à froid : négatif.

Hémogramme (5 juin) :

— Globules rouges : 4.450.000.

— Globules blancs : 4.200.

dont polynucléaires 52 %, mononucléaires 48 %.

D. C. ornithose positive (taux des anticorps nul dans l'échantillon précoce, taux très élevé dans le second). Hirst non pratiqué. D. C. grippe négatif. Agglutination Rickettsia Burneti non parvenue.

Résumé : Ornithose bénigne avec image radiologique pseudo-tuberculeuse. Guérison rapide par la terramycine.

Epidémiologie : Contamination très probable par Mme G... (obs. 15). Par suite de ses fonctions dans Service, Mme M... a eu des contacts répétés avec Mme G...

B. — Cas endémo-épidémiques

OBSERVATION XVIII

B... André, 21 ans, hospitalisé au Service d'O. R. L., le 2 février 1951, pour otalgie gauche, passe en Pneumologie le 21 février pour « pneumonie à virus probable ». L'otalgie est, en effet, à rattacher à un syndrome pseudo-grippal survenu fin janvier avec angine rouge et dysphonie.

A l'entrée : Apyrexie complète, état général satisfaisant, toux légère non productive. Quelques ganglions cervicaux. V. S. 25/35.

Examen clinique : Ronchus diffus à droite et à gauche.

Examen radiologique : Hiles épaissis et touffus à droite et à gauche avec foyer mal limité dans le segment basal postérieur gauche. De profil, travées hilifuges simulant une zonite du segment antérieur du lobe supérieur gauche.

Examens complémentaires :

B. W. (27 février, 3, 6, 20 mars) : négatifs.

Agglutinines à froid (26 février) : + 1/20.

(5 mars) : + 1/20.

12 et 19 mars) : 0.

D. C. ornithose positive. Hirst et agglutination R. Burneti négatives.

Traitement et évolution : Amélioration du syndrome bronchique par un bref traitement à la pénicilline (600.000 U. $\times$ 6 jours) qui fait tomber la V. S. de 25/35 à 5/16. Nettoyage radiologique très lent (incomplet le 20 mars, total le 20 avril).

Résumé : Ornithose avec début pseudo-grippal et tableau de bronchite traînante. Action incomplète de la pénicilline.

OBSERVATION XIX

L... Raymond, 20 ans, admis le 16 février 1951 pour pleurite droite. L'affection a débuté il y a quinze jours par une laryngite avec signes de cortico-pleurite droite. Il n'y avait alors ni fièvre ni dyspnée. La toux sèche était très importante. Antécédents : quelques bronchites dans l'enfance.

A l'entrée : Température 38°5, toux fréquente non productive. Pas de point de côté. V. S. 27/50. Cuti négative.

Examen clinique : Signes de pleurite à la base droite (frottements et râles).

Examen radiologique : Opacité homogène du lobe moyen qui disparaîtra en un mois.

Examens complémentaires :

B. W. (20 février) : Kahn + + + +.

(27 février) : Kahn + + +.

(6 mars) : Kahn + + +.

(27 mars et 9 avril) : toutes réactions négatives.

Agglutinines à froid (19 février) : 0.

(26 février) : + 1/10.

(5 mars) : + 1/10.

(27 mars) : + 1/10.

(9 avril) : 0.

D. C. ornithose positive. Hirst et agglutination R. Burneti négatives.

Traitement et évolution : Action apparemment favorable d'un traitement à la pénicilline (600.000 U. $\times$ 6 jours). Apyrexie au quatrième jour. Nettoyage radiologique en un mois.

OBSERVATION XX

B... Paul, 20 ans, est admis le 12 mars 1951 pour image suspecte dépistée par radio systématique. Il ne souffre pas mais se sent fébrile depuis quelques jours, tousse et crache un peu. Dans les antécédents, broncho-pneumonie à l'âge de 2 ans, cuti positive il y a un an, léger amaigrissement depuis un mois.

A l'entrée : Température 38°1, état général satisfaisant ; toux fréquente, quelques expectorations muqueuses, pas de dyspnée. On ne note ni éruption cutanée ni atteinte ganglionnaire. V. S. 56/90.

Examen clinique : Submatité et râles bulleux de la base droite en arrière et dans l'aisselle.

Examen radiologique : Aspect simulant exactement une fistulisation ganglio-bronchique de primo-infection (fig. 1 et 2) qui disparaîtra en moins de vingt jours (fig. 3).

Bronchoscopie : Les bronches sont toutes normales, sauf le rameau antérieur de la lobaire supérieure droite qui est rouge et oedémateux.

Examens complémentaires :

B. W. (13 mars) : Kahn ++.
(20 mars) : Kahn ++.
(27 mars) : Kahn douteux.
(3 avril) : toutes réactions négatives.
(9 avril) : toutes réactions négatives.
Agglutinines à froid (13 mars) : + 1/20.
(19 mars) : + 1/10.
(9 avril) : + 1/20.

Hémogramme (28 mars) :

— Globules blancs : 3.400.
— Polynucléaires 59 %.
— Mononucléaires 41 %.
D. C. ornithose positive. Hirst et agglutination R. Burneti négatives.

Traitement et évolution : Action spectaculaire d'un traitement avec 9 gr. 5 d'aureomycine en dix jours, du 19 au 28 mars, nettoyage radiologique total le 29 mars.

Cas endémo-épidémique.

OBSERVATION XXI

F... Roger, 21 ans, hospitalisé le 14 mars 1951 pour bronchite avec température à 39°5. La maladie a commencé il y a trois semaines par un point de côté thoracique gauche à l'inspiration forcée ; depuis huit jours, toux fréquente. On note une broncho-pneumonie à l'âge de 5 ans, guérie sans séquelles.

A l'entrée : Etat général satisfaisant, température 39°5 bien supportée, toux intense, expectoration muqueuse peu abondante, céphalées légères. Aucune éruption ni atteinte ganglionnaire.*V. S. 53/85.

Examen clinique : Syndrome bronchique (ronchus et sibilances).

Examen radiologique : Zonite du segment antérieur de la lingua.

Examen complémentaires :

B. W. (20 mars) : Kahn ++.
(27 mars) : Kahn douteux.
(3 et 9 avril) : toutes réactions négatives.

Agglutinines à froid (19 mars) : 0.
(27 mars) : 0.
(2 avril) : 1/10.
(9 avril) : 1/20.

D. C. ornithose positive. Hirst et agglutination R. Burneti négatives.

Traitement et évolution : Pendant les trois premiers jours de l'observation, la température reste en plateau à 39°5 (traitement aspirine-quinine). Le quatrième jour, on institue un traitement à la pénicilline (600.000 U. par jour). Chute de la température le troisième jour.

Dix jours plus tard, nouvel épisode fébrile dû à une angine intercurrente à streptocoques hémolytiques qui guérit rapidement par une deuxième cure de pénicilline. Le malade quitte le service entièrement guéri, le 10 avril.

Cas endémo-épidémique.

OBSERVATION XXII

S... Jeon, 20 ans, admis pour syndrome grippal le 21 mars 1951, accuse des douleurs thoraciques, des frissons, du coryza et des arthralgies depuis deux jours.

A l'entrée : Température 39°3, pouls 103, faciès vultueux sans herpès, toux et expectoration muco-purulente. V. S. 62/94.

Cliniquement : Poumons normaux, articulations normales, cuti et intra-dermo négatives.

Radiologiquement : Image simulant de face une adénopathie hilare gauche de primo-infection. De profil, l'opacité siège dans le Fowler; elle s'accompagne de travées hilifuges vers les segments antérieurs et postérieurs.

On prescrit un traitement à la pénicilline (600.000 U. par jour pendant dix jours). La température descend par paliers successifs à 37°5 en quatre jours, puis reste à ce chiffre. Cependant, la toux et l'expectoration persistent.

Après la bronchoscopie (4 avril) qui montre des aspects évoquant la P.A.V. (bronches rouges très irritables et hypersécrétantes) on met le malade à l'auréomycine (7 gr. 5 à partir du 5 avril) et la guérison survient en quelques jours. Le 12, l'image radiologique est normale.

Examens complémentaires :

B. W. (27 mars et 3 avril) : Kahn ++.
(9 avril) : Kahn +.

Meinicke micro +.
macro +.

Agglutinines à froid : 1/10 le 27 mars et 2, le 9 avril.

Hémogramme (29 mars) :

— Globules blancs : 6.200.

— Polynucléaires 64 %.

— Mononucléaires 36 %.

Prélèvements bronchiques : pneumocoques.

D. C. ornithose positive. Hirst, agglutination R. Burneti : négatives.

Conclusion : Ornithose avec syndrome pseudo-grippal et fausse image de primo-infection simple. Action discutable sinon nulle de la pénicilline. On aurait pu faire une erreur de diagnostic par suite de l'existence d'arthralgies et d'une image radiologique suspecte au début de l'évolution.

OBSERVATION XXIII

B... Pierre, 21 ans, entre à l'hôpital le 20 avril 1951 pour congestion pulmonaire. La maladie remonte à six jours ; elle a commencé par des céphalées et un malaise indéfinissable puis est apparue une toux intense avec expectoration muqueuse.

A l'entrée : Température 37°6, état général conservé, toux, pas de dyspnée, ganglions normaux. V. S. 100/114.

Cliniquement : Submatité en arrière à la base gauche ; quelques râles sous-crépitaux et râles bronchiques.

Radio (21 avril 1951) : Opacité délavée de type pleural du tiers inférieur du champ pulmonaire gauche.

On met le malade à la pénicilline (500.000 U. par jour pendant 7 jours). Au cinquième jour, la température est normale et les signes d'auscultation ont régressé en grande partie. Le huitième jour, V. S. 10/25.

Cependant, l'opacité radiologique est lente à s'effacer. Le 5 mai, nettoyage radiologique incomplet, il persiste une image d'atélectasie en bande à la base gauche tout à fait typique et une opacité de caractère pleural du cul-de-sac costo-diaphragmatique, et ce n'est que le 2 juin que l'aspect radiologique sera redevenu entièrement normal.

Bronchoscopie (2 mai) : normale.

Examens complémentaires :

B. W. (24 avril) : Kolmer + + + +.

(30 avril) : V. D. R. L. positif +.

Kline douteux.

(7 mai) : toutes réactions négatives.

Agglutinines à froid (24 avril) : + 1/80.

(30 avril) : + 1/40.

(7 mai) : négatives.

D. C. ornithose positive. Hirst, agglutination R. Burneti négatives.

Résumé : Congestion pulmonaire gauche traînante avec B. W. positif de type biologique, agglutinines à froid et D. C. ornithose positives.

Epidémiologie : Pas de contacts nets avec les oiseaux ; toutefois, comme il s'agissait du fils d'un cultivateur qui élève des pigeons, des prélèvements ont été faits chez les oiseaux et envoyés à l'Institut Pasteur pour Déviation du complément et inhibition. Les examens (Prof. Lepine) ont été négatifs.

OBSERVATION XXIV

V... Gabriel, 21 ans, est admis en observation, le 11 mai 1951, pour primo-infection probable à la suite d'une radio systématique. En réalité, cet homme, dont la cuti est positive depuis un an, a présenté cinq jours auparavant un syndrome de type grippal et, depuis, toussé et souffre d'un léger point de côté droit.

A l'entrée : Température normale, état général satisfaisant, toux intense non productive, rhino-paryngite. V. S. 41/69. Cuti +.

Examen clinique : Pas de signes pulmonaires, territoires ganglionnaires normaux.

Radio (12 mai) : De face, aspect de primo-infection hilare droite avec fistulisation (infiltrat tacheté para-hilaire et épaississement du hile droit).

De profil, on ne voit pas nettement un ganglion. Par contre, il existe un infiltrat tacheté dans le segment antérieur du lobe supérieur droit.

Devant la bénignité du syndrome qui se réduit à une toux assez intense sans température, on ne fait aucune thérapeutique antibiotique.

Le 30 mai, la V. S. tombe à 7/17 et la bronchoscopie montre une rougeur diffuse avec hyperexcitabilité tussigène de l'étage moyen et de l'éperon lobaire supérieur droit.

Examens complémentaires :

B. W. (15 mai) : Kahn + + +.

(22 mai) : Kahn + + +.

(29 mai) : Kahn + +.

(7 juin) : Kahn douteux.

Agglutinines à froid (15 mai) : + 1/40.

(21 mai) : + 1/20.

(28 mai) : + 1/20.

(4 juin) : + 1/10.

Hémogramme (16 mai) :

— Globules blancs : 9.800.

— Polynucléaires 52 %.

— Mononucléaires 48 %.

Le 28 mai :

— Globules blancs : 6.800.

— Polynucléaires 53 %.

— Mononucléaires 47 %.

Tentatives d'isolement du virus à partir des sécrétions bronchiques (30 mai 1951) (Dr Joubert, Ecole Vétérinaire, Lyon) par inoculation en série à la souris : échec.

D. C. ornithose positive. Hirst, agglutination R. Burneti négatives.

En résumé : Ornithose avec début pseudo-grippal, toux au long cours, images radiologiques simulant la primo-infection fistulisée, B. W. positif biologique, agglutination à froid au 1/40. Guérison en trois semaines sans thérapeutique.

OBSERVATION XXV

C... Jacques, 21 ans, entre, le 15 juillet 1951, pour congestion pulmonaire gauche. La maladie a commencé le 13 juillet par des céphalées avec température à 38°7 sans autres manifestations.

Antécédents : Coqueluche dans l'enfance, cuti + un an auparavant.

A l'entrée : Bon état général, température à 38°5, persistance de céphalées, ni toux ni expectoration.

Examen clinique : Foyer de râles bulleux dans l'aisselle gauche.

Radio : De face, triangle pneumonique se projetant dans la région axillaire gauche. De profil, zonite du segment antérieur du lobe supérieur et du segment de Fowler.

Dès l'entrée, le malade est mis à la pénicilline (400.000 U. par jour pendant 8 jours). Les signes cliniques persistent cependant jusqu'au 25 juillet. Le 26, un cliché de contrôle montre une nette régression du foyer avec zone claire centrale (image de nettoyage). Enfin, sur un cliché du 30 août 1951, on constate que le foyer est remplacé par une mince bande d'atélectasie (atélectasie en bande de Fleischner).

Examens complémentaires :

B. W. négatif les 16, 24 juillet et 9 août.

Agglutinines à froid négatives les 16, 24 juillet et 9 août.

Hémogramme (17 juillet 1951) :

— Globules blancs : 10.000.

— Polynucléaires 62 %.

— Mononucléaires 38 %.

D. D. ornithose positive. Hirst et agglutination R. Burneti négatifs.

En résumé : Ornithose à forme de congestion pulmonaire, B. W. et agglutinines à froid négatifs. Pas de lymphomononucléose. Image d'atélectasie en bande à la convalescence.

OBSERVATION XXVI

B... Charles, toussé depuis deux mois lorsqu'il consulte le 22 novembre 1951. Son médecin constate une angine banale qui guérit en trois jours par des injections de pénicilline. Il arrive dans le service le 1^{er} décembre en raison de la persistance de la toux.

A l'entrée : Sujet d'état général médiocre, prostré et asthénique dont la température est normale. Cuti et I. D. : O. V. S. : 33/60.

Cliniquement : Submatité légère de la base droite avec râles bulleux secs en arrière et dans l'aisselle.

Radio : De face, aspect de primo-infection fistulisée avec ganglion hilair et infiltrat tacheté para-hilaire.

De profil : diffusion dans le segment antérieur du lobe supérieur droit ; par ailleurs, travées hilifuges dispersées s'étendant en particulier vers la base.

En raison de cet aspect radiologique particulier, de l'allergie tuberculinique négative et du caractère de la toux, on songe d'emblée à une ornithose et l'on ordonne de l'auréomycine du 2 au 9 décembre (0 gr. 5 puis 2 grammes par jour).

Le syndrome bronchique régresse aussitôt et dès le 11 décembre, l'image radiologique est sensiblement normale. Cependant on pratique une bronchoscopie le 12 décembre qui montre une anomalie bronchique. La bronche apicale du lobe supérieur naît directement de la trachée au-dessus du tronc commun pour les segments antérieur, externe et postérieur de ce lobe. Rôugeur et œdème marqués de tous ces éperons et irritabilité au contact.

Le malade part en convalescence très asthénique, le 21 décembre. A son retour, le 4 janvier, il est encore très fatigué, mais ne tousse plus, sa V. S. est à 15/33. Un lipiodol bronchique confirme l'existence d'une bronche apicale droite isolée (« bronche du cochon »). Il montre, par ailleurs, un certain état de distension bronchique. Le malade quitte le Service le 21 janvier. Enfin dernière hospitalisation, le 22 février, toujours en raison de l'asthénie résiduelle (V. S. : 8/23). Pas de récurrence du syndrome.

Examens complémentaires :

B. W. (3 décembre 1951) : Kahn +.
(10 décembre 1951) : Kahn +.
(18 décembre 1951) : 0.
(7 janvier 1952) : 0.
(25 février 1952) : 0.

Agglutination à froid mêmes dates : 0.

Agglutination strepto M. G. : + 1/40 le 10 décembre 1951.

Hémogramme, le 4 décembre 1951 :

— Globules rouges : 4.760.000.
— Globules blancs : 8.600.
— Polynucléaires 51 %.
— Mononucléaires 49 %.

Le 7 janvier 1952 :

— Globules blancs : 4.400.
— Polynucléaires 58 %.
— Mononucléaires 42 %.

Le 14 janvier 1952 :

— Globules blancs : 6.200.
— Polynucléaires 55 %.
— Mononucléaires 45 %.

Le 12 février 1952 :

— Globules blancs : 7.000.
— Polynucléaires 43 %.
— Mononucléaires 57 %.

Tests hépatiques : Hanger positif + + +, Gros et Mac Lagan : négatifs, le 7 janvier 1952.

D. C. ornithose positive. Hirst, D. C. grippe, agglutination R. Burneti, Paul et Bunnell : 0.

En résumé : Ornithose avec B. W. + biologique ayant simulé radiologiquement une primo-infection fistulisée. Guérison par l'auréomycine, mais asthénie résiduelle intense.

OBSERVATION XXVII

A...Sylvain, 21 ans, entre pour pneumopathie aiguë de la base gauche, le 11 décembre 1951. L'affection a débuté le 30 novembre par une toux sèche surtout nocturne et quelques douleurs vagues de l'hémithorax gauche. Le 10 décembre, lipothymie au cours d'un exercice, ce qui motive l'entrée à l'hôpital.

Antécédents : Rien à signaler, si ce n'est l'existence à l'incorporation dans l'armée, trois mois auparavant, d'un sinus costo-diaphragmatique émoussé (séquelles pleurales) et d'une cuti +.

A l'entrée : Sujet un peu amaigri (58 kgs pour 1 m. 74), se plaignant de dysphonie légère et de toux, température 38°6.

Examen clinique : Matité limitée de la base en arrière et dans l'aisselle avec frottements pleuraux. Râles de bronchite sur les deux plages pulmonaires.

Radio : De face, le 13 décembre 1951, image d'épanchement très limité de la base gauche avec opacité curviligne dans le sinus. De profil, opacité de caractère pleural du cul-de-sac postérieur. Par ailleurs, rien à signaler.

Des injections de pénicilline à la dose de 500.000 U. n'ayant aucune action sur la température qui se maintient entre 38°5 et 39°5, on utilise l'auréomycine à partir du 14 décembre à la dose de 1 gramme puis 2 grammes jusqu'au 25 (dose totale 21 gr. 50). Action spectaculaire sur la température qui tombe en trois jours à la normale et sur les signes cliniques et radiologiques (disparition de la toux, nettoyage subtotal sur le cliché du 29 décembre 1951. V. S. passant de 71/102 à 38/69.

Cependant, le premier jour du traitement (14 décembre), une ponction exploratrice avait permis de retirer 10 cc. de liquide séro-fibrineux contenant de nombreux lymphocytes, de rares macrophages et de rares hématies. Cultures stériles, pas de B. K.

Le 1^{er} janvier, alors que tout paraissait aller fort bien, la température remonte brusquement à 38° et une récurrence de l'épanchement se produit. Cette fois il paraît important (1 l. 500 environ) et siège dans la grande cavité. Une reprise du traitement à l'auréomycine, du 2 au 10 janvier (8 gr. 75), n'a aucune action sur la température qui garde le type oscillant entre 37° et 39° jusqu'au 12 janvier. On administre de la pénicilline à la dose de 400.000 U. pendant douze jours et la température retombe à la normale le 16 janvier. A partir de ce moment, l'état général se relève lentement (prise de poids de 7 kgs de décembre à avril), mais l'épanchement garde un caractère très chronique pendant des mois malgré de petites ponctions espacées. Dans tous les échantillons de liquide on ne trouve plus que de rares polynucléaires pratiquement intacts et de faibles traces de fibrine. La réaction de Rivalta cependant est constamment positive.

Un traitement à la terramycine (10 gr. 50 en dix jours à partir du 6 février), puis à la streptomycine (41 gr. à raison d'un gramme par jour à compter du 16 mars) ne modifie en rien l'évolution de cette pleurésie traînante avec V. S. aux alentours de 10 (Westergreen) jusqu'en mai où enfin le liquide disparaît.

La présence de signes initiaux en faveur d'une P.A.V. (signes cliniques et biologiques d'orientation) ont amené à pratiquer une D. C. pour l'ornithose qui fut fortement positive sur plusieurs sérums prélevés en décembre et janvier. Par ailleurs, l'inoculation au cobaye de quatre échantillons de liquide pleural a permis d'observer la tuberculisation du cobaye trois fois sur quatre (laboratoire de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes et laboratoire du Dr Viaillier à l'Institut bactériologique).

On peut donc soulever ici l'hypothèse d'une pleurésie tuberculeuse « sortie » par le virus de l'ornithose.

Examens complémentaires :

B. W. (17 décembre 1951) : Kahn ++.

(24 décembre 1951) : Kahn +.

(31 décembre 1951) : 0.

(7 janvier 1952) : 0.

(13 janvier 1952) : 0.

Agglutinines à froid constamment négatives.

Hémogramme, le 12 décembre 1951 :

— Globules blancs : 3.400.

— Polynucléaires 64 %.

— Mononucléaires 36 %.

Le 7 janvier 1952 :

— Globules blancs : 5.800.

— Polynucléaires 71 %.

— Mononucléaires 29 %.

Le 1^{er} février 1952 :

— Globules blancs : 5.800.

— Polynucléaires 63 %.

— Mononucléaires : 37 %.

D. C. ornithose très positive à plusieurs reprises. Culture du liquide pleural sur œuf embryonné (Prof. P. Lepine) négative. Hirst, D. C. grippe, agglutination R. Burneti, Paul et Bunnel négatifs.

En résumé : Ornithose et pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse évoluant simultanément. La maladie virale semble avoir réactivé une atteinte pleurale tuberculeuse ancienne et conféré au syndrome pleural un caractère chronique inhabituel.

OBSERVATION XXVIII

P... Joseph, 20 ans, entre le 11 décembre 1951, à l'hôpital pour pneumopathie aiguë avec température à 40°. L'affection, qui remonte au 7 décembre, a commencé par un syndrome de type grippal. Le 10, épistaxis abondant.

A l'entrée : Malade un peu prostré, au visage congestif, température 39°7. V. S. : 50/80. Cuti : 0.

Examen clinique : Foyer congestif de la base et de l'aisselle droites avec submatité et mélange de râles parenchymateux et bronchiques. A gauche, diminution légère du murmure, quelques ronchus.

Radio : De face, flocons irréguliers de la base droite et épaississement du hile du même côté. A gauche, légère opacité de la région para-cardiaque inférieure (lingula).

De profil, zonite nette du segment antérieur du lobe inférieur droit. Épaississement des ganglions hilaires (fig. 4).

En somme, image ressemblant beaucoup à celle décrite dans la P.A.P. Cependant, on trouve des pneumocoques dans l'expectoration et un traitement à la pénicilline est institué (500.000 U., du 11 au 21 décembre). Chute de la température à la normale au quatrième jour de traitement, la zonite droite ayant disparu dès le 15 décembre.

Le 19, bronchoscopie : Rougeur intense des troncs lobaire inférieur et moyen droits avec sécrétions abondantes.

Dans la quinzaine suivante, bien qu'afébrile, le malade continue à tousser, la sédimentation reste élevée (45-76) et sur le film les sinus droit et gauche paraissent émousés, on fait donc appel, du 7 au 11 janvier 1952, à l'auréomycine, puis à la chloromycétine par suite de la pénurie du premier médicament (auréomycine 4 gr. 50, chloromycétine 6 gr. 50). Très rapidement, la toux s'efface et la radio redevient normale.

Examens complémentaires :

B. W. (17 et 31 décembre 1951, 7 janvier 1952) : négatifs.

Agglutinines à froid (31 décembre 1951) : + 1/80.

■ (7 janvier 1952) : + 1/160.

Agglutination du strepto M. G. : + 1/40, le 31 décembre.

Hémogramme, le 12 décembre 1951 :

— Globules rouges : 3.590.000.

— Globules blancs : 2.800, dont 64 % polynucléaires, 34 % mononucléaires.

— 186.000 plaquettes.

Le 15 décembre 1951 :

— Globules blancs : 4.600, dont 55 % polynucléaires, 45 % mononucléaires.

Déviations du complément pour l'ornithose positive, Hirst, D. C. grippe, agglutination R. Burneti, réaction de Paul et Bunnell négatives.

En résumé : Ornithose de forme sévère avec agglutination à froid et leucopénie. La question d'une zonite à pneumocoques évoluant en même temps se pose. En effet, action apparemment favorable de la pénicilline sur la zonite et la température mais persistance d'un syndrome bronchique tenace et d'images radiologiques rappelant la P.A.P. qui n'ont disparu qu'avec l'auréomycine et la chloromycétine.

OBSERVATION XXIX

G... Serge, 21 ans, est envoyé à l'hôpital, le 31 décembre 1951, pour amygdalite. L'affection a débuté trois jours auparavant par un point de côté gauche avec toux sèche, pénible, presque continue. Pas d'antécédents, mais contacts répétés avec des tuberculeux.

A l'entrée : Etat général conservé, pâleur, température 38°4, pouls 90, Cuti positive.

A l'examen clinique : Pas de signes pulmonaires, rhino-pharyngite aiguë.

Radio : Infiltrat sous-claviculaire gauche constitué par des petits grains simulant grossièrement une nébuleuse. En réalité, après analyse, l'aspect est plutôt en faveur d'un processus aigu type Loeffler. Aussi, tout en pratiquant des examens qui permettent d'éliminer la tuberculose, cherche-t-on à mettre en évidence une parasitose intestinale et une éosinophilie. On trouve quelques kystes de lamblia et une éosinophilie à 5 %, mais la toux intense non influencée par les médications habituelles n'est pas en faveur du diagnostic de Loeffler. Cependant, les tests d'orientation des P.A.V. sont positifs et l'infiltrat suspect a presque entièrement disparu le 19 janvier sans thérapeutique, en même temps que la toux devient de moins en moins fréquente.

Examens complémentaires :

B. W. (13 janvier) : Kahn + + + +.

(21 janvier) : Kahn + + +.

(20 janvier) : Kahn + +.

Agglutinines à froid (7 janvier) : 0.

(13 janvier) : 0.

(21 janvier) : + à 1/40.

Hémogramme (3 janvier 1952) :

— Globules blancs : 8.000, dont 61 % polynucléaires et 39 % mononucléaires.

D. C. ornithose positive. Hirst, D. C. grippe, agglutination R. Burneti : 0.

Bronchoscopie (16 janvier 1952) : Œdème diffus de l'éperon L. S. G. gagnant sur les bronches du lobe inférieur. Les orifices bronchiques sont un peu sécrétants mais perméables.

En résumé : Ornithose bénigne à forme d'infiltrat labile avec toux intense et température. Guérison spontanée en trois semaines.

OBSERVATION XXX

De M... Guy, 25 ans, entre, le 15 janvier 1952, pour « bronchite traînante ». L'affection a, en effet, débuté le 8 décembre et s'accompagne d'une toux intense avec expectoration minime non influencée par les médications habituelles.

A l'entrée : Sujet un peu amagri, pâle, asthénique, température normale, V. S. : 15/30.

Cliniquement : Submatité de la région axillaire et sous-mamelonnaire gauche avec frottements pleuraux, ronchus et sibillances.

Radio : Zonite de la lingula mordant un peu sur les segments voisins.

Bronchoscopie (16 janvier) : A droite, bronches normales ; à gauche : tronc souche un peu sale, il sort des sécrétions muco-purulentes de la bronche linguilaire, lobaire inférieure normale. A signaler, reliquat de fistule ganglio-bronchique très net à 0,5 cm. de la carina à gauche.

La bronchoscopie ne fut pas suivie d'une sédation de la toux et la chloromycétine que l'on institua du 1^{er} au 8 février n'eut pas une action bien nette. Cependant, la zonite linguilaire se nettoyait lentement en même temps que le poids se relevait.

Le 31 janvier, se voyait sur le film une zonite du seul segment antérieur de la lingula puis une atélectasie en bande typique de ce segment le 11 février qui ne disparut que vers le 15 mars en même temps que la toux.

En somme, action nulle de la bronchoscopie et de la chloromycétine dans ce cas, dont l'évolution particulièrement traînante s'explique peut-être par la localisation sur une zone touchée antérieurement par la primo-infection (séquelles endoscopiques de fistulisation ancienne).

Examens complémentaires :

B. W. (16 et 28 janvier) : négatif.

Agglutinines à froid (21 janvier) : + 1/80.

Hémogramme (16 janvier) :

— Globules blancs : 4.400.

— Polynucléaires 74 %, dont 12 éosinophiles.

— Mononucléaires 26 %.

Examen coprologique (17 janvier) : Rares œufs de trichocéphales et kystes d'E. Coli.

D. C. ornithose positive. Hirst, D. C. grippe, agglutination R. Burneti, réaction Paul et Bunnell négatives.

En résumé : Ornithose à type de bronchite traînante. Action nulle de la bronchoscopie et d'un court traitement à la chloromycétine. L'évolution très lente malgré la thérapeutique (3 mois 1/2) s'explique vraisemblablement par la localisation du processus viral sur un segment touché antérieurement par la primo-infection.

OBSERVATION XXXI

L... Louis, 20 ans, entre, le 17 janvier 1952, pour pneumopathie fébrile de la base droite. L'affection a débuté le 7 janvier par un syndrome grippal avec céphalées, courbature, toux. Le 14 janvier, apparition d'un point de côté droit.

A l'entrée : Bon état général, rhinite intense, température 38°5, pouls 100, cuti +, V. S. : 97/118.

Cliniquement : Signes diffus de bronchite et, à la base droite, diminution de la sonorité avec râles sous-crépitaux et frottements pleuraux.

Radio : Dé face, flou de la région sus-diaphragmatique droite avec sinus émoussé et ganglion inter-bronchique augmenté de volume. De profil, zone du segment basal postérieur, ganglion inter-bronchique volumineux, sinus postérieur émoussé. En raison de la présence de pneumocoques pathogènes pour la souris dans l'expectoration et d'une leucocytose à 20.800 avec 85 % de polynucléaires, le malade est traité à la pénicilline (600.000 U., du 18 au 25 janvier 1952).

Bronchoscopie (30 janvier) : Abondante expectoration purulente au cours de l'anesthésie. Éperons tous libres mais rougeâtres et sensibles, sécrétions sur les éperons moyen et inférieur.

Les 22 et 29 janvier, l'image radiologique s'est à peine améliorée sauf ce qui concerne le léchage pleural postérieur. Le 29 janvier, on voit très bien un gros ganglion inter-bronchique droit. Il aura presque entièrement disparu le 9 février ainsi que les autres opacités anormales.

Le 11 février, lipiodol de contrôle : pas de bronchectasies vraies ; toutefois, la plupart des bronches du poumon droit semblent un peu distendues.

Examens complémentaires :

B. W. (17 janvier) : négatif.

(24 janvier) : négatif.

(28 janvier) : Kolmer +++.

Agglutinines à froid (21 janvier) : 0.

(28 janvier) : 0.

D. C. ornithose positive. Hirst, agglutination R. Burneti, réaction Paul et Bunnell négatives. D. C. grippe faiblement positive (type A).

En résumé : Ornithose assez sévère avec début pseudo-grippal et syndrome de congestion pleuro-pulmonaire de la base droite : Association de pneumocoques pathogènes pour la souris (deux examens positifs les 18 et 30 janvier) et peut-être atteinte concomitante par le virus grippal A (D. C. faiblement +).

De fait, plusieurs cas de grippe type A ont été vus au même moment dans le Service.

OBSERVATION XXXII

E... Ernest, 21 ans, entre à l'hôpital, le 7 février 1952, pour foyer congestif de la base gauche.

Antécédents : Coqueluche à l'âge de 2 ans.

Le 4 février, apparition d'un point de côté gauche. Après examen clinique et radiologique, un médecin consulté suspecte des bronchectasies de la base gauche et hospitalise le malade.

A l'entrée : Bon état général, température 37°5, amaigrissement de 4 kilos en six mois. Le point de côté a disparu ; toux peu marquée, expectoration muco-purulente (30 cc. par jour).

Examen clinique : Gros râles bulleux aux deux bases.

Radiographie : Image de zonite termino-basale gauche avec atélectasie en bande. Le 20 février 1952, nettoyage complet.

Examen bronchoscopique : Bronches rouges partout très sensibles. Il sort du muco-pus à droite et à gauche. Prélèvements : pas de germes visibles.

Examens complémentaires :

— B. W. (10 et 17 février) : négatif.

Agglutinines à froid : 0.

Hémogramme (7 février 1952) :

Globules blancs : 6.600.

— Polynucléaires 78 %.

— Mononucléaires 22 %.

D. C. ornithose positive. D. C. grippe faiblement positive par le virus type A. Hirst et agglutination R. Burneti négatives.

Traitement et évolution : Action favorable de la pénicilline, 600.000 U. pendant quatre jours (8 au 11 février) ; la température tombe à la normale, la V. S. passe de 65/91 à 8/19.

Résumé : Ornithose à forme de congestion pulmonaire ; action favorable de la pénicilline. Association possible du virus grippal type A.

OBSERVATION XXXIII

P... Marcel, 21 ans, présente, le 9 février 1952, un syndrome grippal (frissons, toux, céphalées, catarrhe oculo-nasal). Il est admis le 11 février à l'Infirmerie où il garde une température subfébrile, de la toux et des arthralgies discrètes. Le 28 février, il est évacué sur l'hôpital.

A l'entrée : Crépitations pleurales dans la région sous-mammaire droite.

A la radio : Zonite du segment externe du lobe moyen. Laboratoire : présence de pneumocoques pathogènes pour la souris dans l'expectoration. On prescrit un traitement à la pénicilline (400.000 U. pendant six jours, du 2 au 8 mars) qui n'a pas d'action bien nette. En effet, c'est seulement le 13 mars que la température redeviendra à peu près normale. De même, le nettoyage radiologique ne sera complet que le 5 avril.

Examens complémentaires :

B. W. (3 mars) : Kahn + + +.

(17 mars) : négatif.

Agglutinines à froid (3 et 17 mars) : 0.

Hémogramme, le 29 février :

— Globules blancs : 6.600.

— Polynucléaires 74 %.

— Mononucléaires 26 %.

Le 16 avril :

— Globules blancs : 4.400.

— Polynucléaires 59 %.

— Mononucléaires 45 %.

D. C. ornithose positive. Hirst, D. C. grippe, agglutination R. Burneti : 0.

Résumé : Ornithose bénigne à début pseudo-grippal. Pas d'action de la pénicilline.

OBSERVATION XXXIV

D... Jean, 21 ans, tousse depuis huit jours lorsqu'il entre à l'hôpital, le 8 avril 1952. Pas d'autre antécédent qu'une pneumonie atypique primitive de la base droite en juin 1951 avec agglutinines à froid à + 1/80. B. W. positif biologique, forte lymphomonocytose (58 %) et bronchectasies transitoires du segment basal postérieur du lobe inférieur droit, pour laquelle il a d'ailleurs été traité dans le Service.

A l'entrée : Etat général conservé, faciès congestif, température 38°3. Le malade se plaint de toux avec expectoration muco-purulente et gêne à la base gauche. V. S. 48/77.

Examen clinique : Gros râles bulleux après la toux dans l'aisselle droite. Par ailleurs, rien à signaler.

Radio (face et profil) : Opacité irrégulière en bande du segment antérieur du lobe supérieur droit. Pas d'adénopathie hilairé. Léger flou de la base gauche.

La présence de pneumocoques pathogènes pour la souris dans l'expectoration incite à utiliser la pénicilline (400.000 U. pendant huit jours à partir du 11 avril). La température qui avait pris le type subfébrile dès le lendemain de l'admission n'est cependant pas modifiée par cette thérapeutique et l'on a l'impression que la guérison survient spontanément en trois semaines.

Examens complémentaires :

B. W. (15 avril 1952) : Kahn positif + + +, Debains +.

(5 mai 1952) : 0.

Agglutinines à froid (15 avril, 5 mai 1952) : 0.

Hémogramme (9 avril 1952) :

— Globules blancs : 8.600.

— Polynucléaires : 65 %.

— Mononucléaires 35 %.

Bronchoscopie (16 avril 1952) : Rougeur diffuse à droite et à gauche avec forte réaction tussigène et sécrétions muqueuses. Tous les éperons sont libres.

Prélèvements bronchiques : traînées de mucus, cellules épithéliales nombreuses, pas de polynucléaires, pas d'inclusions.

D. C. ornithose positive. Hirst, agglutination R. Burneti : 0.

En résumé : Ornithose bénigne à type de congestion pulmonaire fruste. Action discutable d'un traitement à la pénicilline.

CHAPITRE III

CARACTÈRES CLINIQUES

Contrairement aux malades de Fallet dont un seul avait 20 ans et les quatre autres de 48 à 71 ans, les nôtres sont presque tous des sujets jeunes exempts de tares viscérales. On relève, en effet :

- un enfant de 4 ans,
- une jeune fille de dix-neuf ans,
- vingt-sept soldats de 20 ou 21 ans,
- un officier de 25 ans,
- trois femmes âgées de 30, 35 et 46 ans,
- enfin, un homme de 48 ans,

et la seule tare découverte est représentée par des signes évidents d'alcoolisme chronique chez le dernier de ces malades.

Ainsi s'expliquent sans doute le caractère de bénignité presque constant des syndromes observés et les nuances qu'il nous faut maintenant signaler dans les descriptions des autres auteurs.

Sur **l'incubation de la maladie**, qui est classiquement de dix à quatorze jours (Favour), nous ne pouvons apporter aucun élément personnel.

La phase du début, par contre, nous arrêtera davantage. Après une courte période de malaises, elle est marquée le plus souvent par une élévation thermique brutale avec frissonnements, courbatures, douleurs musculaires qui font penser à la grippe. Toutefois, les céphalées, dont la gravité et la fréquence sont signalées par Fallet, ont été rares dans nos observations et il en est de même des épistaxis et de la prostration.

A côté de cette forme de début dont l'existence ne fait pas de doute, il nous est apparu qu'un autre mode non classique mais fréquent est représenté par **l'installation d'une toux pénible**, au long cours, pratiquement **sans réaction fébrile**, accompagnée parfois de dysphonie, ces divers signes paraissant le propre des atteintes les plus bénignes.

Dans quelques cas exceptionnels (obs. 2 et 11), l'apparition de la toux est suivie presque immédiatement d'**hémoptysies bronchiques**, ce qui confère à l'ornithose une place modeste mais réelle dans le diagnostic différentiel des hémoptysies. Nous verrons plus tard que ce symptôme traduit comme dans les autres pneumonies à virus, l'existence d'une bronchite localisée visible à la bronchoscopie.

A la période d'état, les céphalées et la prostration si importantes pour les classiques, n'ont été retrouvées que deux fois chez nos malades (obs. 26 et 28). De même, les troubles digestifs ont été peu nets, sinon absents, et il n'a pas été observé un seul cas d'exanthème.

La toux, par contre, est apparue comme le **symptôme capital**. Le plus souvent sèche et désagréable, elle s'accompagne, en cas d'infection secondaire, d'une expectoration muco-purulente plus ou moins abondante.

Les points thoraciques sont également très fréquents mais il n'y a pas de dyspnée vraie. En somme, même si les signes radiologiques et les signes cliniques sont impressionnants, la respiration demeure facile.

La température qui atteint dans d'assez nombreux cas 39° et 40° pendant plusieurs jours, n'est pas constante. **De nombreuses formes à peine fébriles existent**, en effet, et il en est même **d'afébriles**. Dans ces cas, c'est sur la toux au long cours et sur d'autres signes cliniques que l'on suspectera le diagnostic.

La classique discordance pouls-température, enfin, est loin d'être fréquente du moins dans nos observations et l'impression est la même en ce qui concerne l'albuminurie (un seul cas parmi nos malades).

Les signes découverts **à l'examen clinique**, sont habituellement différents au début et à la période d'état de la maladie. Tout d'abord, l'auscultation est muette ou presque, se réduisant à une

submatité légère. Puis apparaissent **dans l'aisselle et souvent des deux côtés, des râles bulleux typiques**, fins, secs, crépitants, mêlés ou non à des râles de type bronchique (piaulants, ronchus, sibillancés). Ces signes ont une valeur diagnostique très grande et l'on peut dire que **la toux avec son caractère pénible et tenace et les râles bulleux persistants dans les aisselles constituent les signes essentiels de la maladie.**

Cependant, il n'est pas exceptionnel de trouver des signes caractéristiques de pneumonie avec souffle, râles en couronne, transformation du i en é chez l'enfant. Enfin, **l'atteinte pleurale** nous a paru fréquente mais transitoire et larvée. Prévue devant une submatité légère de la base avec diminution du murmure vésiculaire, elle ne commande pas la ponction et disparaît très vite, laissant seulement sur le film un sinus émoussé pendant une courte période. Dans un cas (obs. 27), nous avons vu une pleurésie séro-fibrineuse mais il s'agissait d'une réactivation tuberculeuse chez un homme porteur d'une séquelle pleurale pré-existante. Ce fait, déjà constaté plusieurs fois dans le Service chez des sujets atteints de P.A.P., existe donc aussi dans l'ornithose. Il est différent des formes pleurales vraies des pneumonies à virus dont le Professeur Sohier a récemment rapporté un bel exemple à propos de la P.A.P.

Un autre signe clinique, assez spécial à l'ornithose, qu'il faut signaler avant de clore cette étude sur la symptomatologie est la présence éventuelle **d'adénopathies périphériques**. Elles existaient dans au moins trois de nos observations (cas 7, 10, 18) et cela ne se voit guère dans les autres P.A.V., du moins chez l'adulte.

L'évolution clinique, nous l'avons déjà dit, a été pour nous **essentiellement bénigne**. Cela tient sans doute à la thérapeutique précoce par les antibiotiques. Il n'en existe pas moins des **formes toxiques** (Favour, Fallet) que l'on rencontrera surtout chez les gens âgés ou tarés.

La convalescence, enfin, est longue dans cette affection et **l'asthénie**, quasi-constante, **est beaucoup plus marquée que dans les autres pneumonies à virus.**

CHAPITRE IV

FORMES CLINIQUES

On sait que Favour puis Lepine ont décrit trois formes cliniques : les formes pneumonique, pseudo-grippale, typhoïde. Nous verrons, d'après nos observations, que ce schéma très utile du point de vue didactique doit en pratique recevoir quelques correctifs.

Si l'on classe, en effet, nos observations d'après l'élément dominant du tableau clinique, on obtient le tableau suivant :

PREMIER GROUPE

- Congestions pulmonaires et syndromes pneumoniques : 12 cas (obs. 3, 7, 8, 12, 15, 16, 25, 27, 28, 31, 32, 34).
- Pleuro-pneumonie : 1 cas (obs. 23).
- Cortico-pleurites traînantes : 6 cas (obs. 1, 5, 10, 19, 30, 33).
- Bronchites traînantes : 5 cas (obs. 11, 13, 18, 21, 26).
- Toux au long cours sans signes de foyer pulmonaire : 2 cas (obs. 14, 29).
- Toux et hémoptysie sans signes de foyer pulmonaire : 2 cas (obs. 2, 11).
- Dépistage radiologique systématique : 4 cas (obs. 4, 17, 20, 24).

DEUXIEME GROUPE

— Syndrome pseudo-grippal : 2 cas (obs. 6, 22).

On sera frappé à sa lecture de ne rencontrer que deux syndromes pseudo-grippaux et pas de forme typhoïde, contre une multitude de syndromes à classer dans les formes pneumoniques. En voici les raisons :

a) **Forme pseudo-grippale.**

Cette forme clinique, dont il existe un exemple démonstratif dans le mémoire de P. Lepine au 1^{er} Congrès de Médecine Interne, ressemble à s'y méprendre à la grippe mais elle s'en sépare par la négativité des tests virologiques de cette infection (réaction de Hirst et déviation du complément) contrastant avec la positivité de la D. C. pour l'ornitho-psittacose. Indiscutablement, elle existe mais elle nous semble assez rare.

La critique serrée de nos observations ne nous a permis de la retrouver que deux fois avec certitude. Dans les autres observations, lorsque l'interrogatoire ou l'examen clinique ont permis de parler de syndrome pseudo-grippal (obs. 3, 8, 18, 25, 28, 31, 33), on s'aperçoit que ce syndrome n'eut qu'une durée éphémère (24 heures environ) et que le tableau devint rapidement celui d'une congestion pulmonaire traînante (obs. 3, 8, 25, 28, 31), d'une cortico-pleurite (obs. 33) ou d'une bronchite traînante (obs. 18). Nous croyons donc que **le syndrome pseudo-grippal représente plus souvent un mode de début de la maladie qu'une forme évolutive spéciale.** Signalons à ce propos que les cas sporadiques de P.A. grippale, qui se présentent comme des cortico-pleurites ou des congestions pulmonaires traînantes, ne commencent pas habituellement par un syndrome grippal, ce qui peut servir à les différencier de l'ornithose.

b) **Forme typhoïde.**

Cette forme, dont l'existence n'est pas mise en doute, surtout chez les vieillards, les tarés, et en cas d'infestation massive, n'a pas été rencontrée chez nos malades, sans doute en raison de leur jeune âge. Nous avons observé seulement deux sujets un peu prostrés (obs. 26, 28) et les troubles furent éphémères. De même, la classique dissociation pouls-température nous a semblé exceptionnelle.

c) **Forme pneumonique.**

Ce vocable assez mal choisi comprend les formes où la localisation pulmonaire est prédominante. Inspiré du terme anglo-saxon « pneumonia », il ne signifie pas que l'on doive s'attendre à découvrir chez les malades un syndrome pneumonique au sens où nous l'entendons en France. Beaucoup plus vague que son équivalent français, « pneumonia » signifie « pneumopathie » et, dans le cadre qui nous est imparti, répond essentiellement aux manifestations pulmonaires des pneumonies à virus.

Il n'est pas question d'abandonner les termes « pneumonie atypique » et « pneumonie à virus » parce qu'ils sont consacrés par l'usage, mais il serait peut-être bon de remplacer le terme « forme pneumonique » par une expression plus exacte. Si l'on peut, en effet, intégrer sans regret dans ce cadre les congestions pulmonaires et les cortico-pleurites, on éprouve une certaine gêne à faire de même pour les bronchites traînantes, les épisodes de toux au long cours avec auscultation muette évoluant pratiquement sans température, les syndromes toux-hémoptysie sans foyer pulmonaire, enfin les cas bénins dépistés par radioscopie systématique.

Pour toutes ces formes dégradées, qui sont en réalité très fréquentes, le terme de « formes pneumoniques » n'est pas satisfaisant et il conviendrait peut-être de le remplacer par la formule un peu longue mais plus précise de « formes à majoration broncho-pulmonaire » parce que **ce qui fait l'unité de toutes ces pneumopathies ou plutôt de ces broncho-pneumopathies, c'est l'importance et la constance du syndrome bronchique.** On a vu, en effet,

que la toux tenace, pénible, ne manque jamais dans nos observations.

En résumé, la forme pneumonique des classiques, qu'il serait préférable d'appeler « forme à majoration broncho-pulmonaire », du moins si les constatations ultérieures confirment les nôtres, est de loin la plus fréquente.

Quant aux formes pseudo-grippale et typhoïde, elles existent indiscutablement, mais, chez les jeunes, elles semblent représenter plus un mode de début de la maladie qu'une modalité évolutive.

CHAPITRE V

CARACTÈRES RADIOLOGIQUES

On admet d'habitude que les images observées sur le film rappellent celles qui ont été décrites dans la P.A.P. par Verco en Australie, puis par Boucher et ses collaborateurs en France et plus récemment par Pisani et Toscano en Italie. Or, l'examen de nombreux dossiers montre que diverses nuances séparent les images radiologiques de l'ornithose et celles de la pneumonie atypique et des autres pneumonies à virus.

Le premier critère est la **présence fréquente d'adénopathies hilaires** dans l'ornithose, alors qu'elles sont absentes dans les autres viroses pulmonaires. On ne les rencontre guère, en effet, que dans la P.A.P. et seulement chez l'enfant. Rappelons que dans nos observations, on relève des adénopathies hilaires certaines dans cinq cas (obs. 1, 15, 16, 28, 31) et des adénopathies probables dans neuf autres (obs. 8, 9, 13, 14, 18, 22, 24, 26).

La **fréquence relative d'opacités nuageuses mal limitées** qui tantôt n'évoquent rien de précis (obs. 4, 5, 7, 9, 10, 18), tantôt simulent la tuberculose tertiaire (obs. 17), représente le second critère.

Le troisième répond à un fait déjà signalé par Boucher dans la P.A.P. mais qui semble plus fréquent dans l'ornithose : la **discordance radio-clinique inverse**. En bref, il s'agit de malades porteurs d'images radiologiques normales ou presque normales, contrastant avec des signes de bronchio-alvéolite intenses, diffus et persistants.

Une autre particularité, peu surprenante à vrai dire dans une affection où la toux tient une place si grande, consiste dans les

distensions bronchiques diffuses au lipiodol, différentes des bronchectasies habituellement localisées et transitoires de la P.A.P. (Boucher).

Enfin, contrairement à la P.A.P., l'ornithose ne paraît pas laisser après elle de fibroses résiduelles longues à disparaître (Verco) et, lorsqu'elle guérit, on ne constate pas ces arrêts dans le processus de nettoyage, si nets dans la P.A.P. (Boucher).

Cependant, il existe deux points communs importants avec la P.A.P. : fréquence de la « pneumonie hilifuge », des atteintes zonaires (seize observations : 1, 6, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 22, 25, 28, 31, 32, 33) et des atteintes électives du lobe moyen (quatre observations : 11, 14, 19, 33).

Nous reviendrons sur l'intérêt de la pneumonie hilifuge puisqu'elle représente avec les adénopathies hilaires le substratum des images propres à l'ornithose. Quant à l'atteinte élective éventuelle du lobe moyen, n'incite-t-elle pas à réserver à l'ornithose (comme d'ailleurs aux autres pneumonies à virus) une place de choix dans le diagnostic étiologique du syndrome récemment décrit de « broncho-pneumopathie segmentaire du lobe moyen » ?

Il reste à envisager maintenant les caractéristiques radiologiques propres à l'ornithose. Déjà étudiées par H. Boucher, Mlle V. Sautter et leurs collaborateurs, elles se composent d'aspects radiologiques simulant la primo-infection tuberculeuse fistulisée et d'images d'atélectasie en bande. Ces dernières se voient dans toutes les pneumonies à virus, aussi verrons-nous que les infiltrats tachetés de type primo-secondaire sont, de loin, l'élément le plus important parce qu'ils peuvent orienter le diagnostic.

— Les images dépolies, habituellement basales, de nature pleurale prédominante, ne sont pas rares. Plus tard, lors de la résolution, elles peuvent donner des **images d'atélectasie en bande de Fleischner**. Syndrome radio-clinique créé par une obstruction bronchique et une suppression de la ventilation collatérale par infection des alvéoles périphériques, l'atélectasie en bande, bien qu'elle soit ici un symptôme tardif, aura au moins le mérite de faire parfois soupçonner le diagnostic et de provoquer des recherches précises de laboratoire.

— Sur le cliché de face, comme les autres pneumonies à virus, l'ornithose simule assez souvent la primo-infection tuberculeuse simple (obs. 8, 13, 22). Cependant, le cliché de profil suffit à



Fig. 1. — Face : face aspect de consolidation consolo-bronchique avari



Fig. 2. — Profil : opacité des segments antérieurs du lobe supérieur et du lobe moyen avec images pseudo-cavitaires.

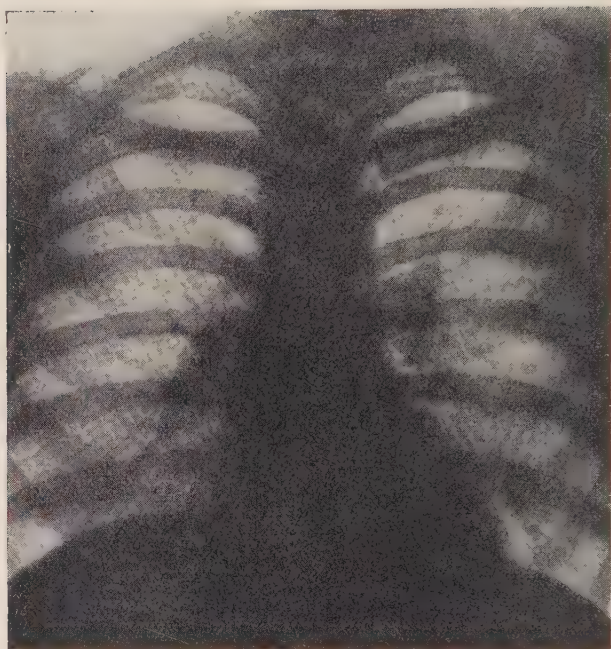


Fig. 3. — Face : guérison.

redresser le diagnostic en montrant qu'une zonite du segment de Fowler est responsable de la fausse adénopathie hilare (Boucher).

Par contre, **les images simulant de près la primo-infection tuberculeuse fistulisée** (fig. 1, 2 et 3) semblent propres à l'ornithose. Boucher signale, en effet, ne les avoir rencontrées dans d'autres pneumonies à virus que lorsqu'une primo-infection authentique évoluait simultanément.

Cinq de nos malades présentaient cette image (obs. 2, 16, 20, 24, 26) : malgré sa similitude parfaite avec l'infiltrat tacheté (infiltrat bronchogène secondaire du Professeur A. Dufourt), le diagnostic fut redressé très vite devant la labilité de l'image et une allergie tuberculinique négative dans la plupart des observations.

Quant à l'explication de ces images inattendues, elle ne souffre pas de difficulté : aux ganglions hilaires hypertrophiés propres à cette virose (Favour), s'associe une intense « pneumonie hilifuge » de Glanzmann, créant d'apparents foyers bronchogènes secondaires dans les segments antérieurs. On voit souvent aussi, sur



Fig. 4. — Profil droit : Zonite pneumococcique
dans une ornithose.

le cliché de profil, une sorte d'image claire en plein milieu de l'infiltrat que l'on pourrait prendre pour une cavité tuberculeuse à un examen rapide. En réalité, il s'agit tout simplement d'une image de résorption comme cela se voit si souvent dans la pneumonie atypique (Boucher).

En résumé, l'analyse de nombreux documents radiologiques montre que l'ornithose se sépare parfois assez nettement sur ce plan de la P.A.P. et des autres pneumonies à virus. Parmi tous les critères que nous avons passés en revue, il faut certainement faire une place de choix aux fausses images de primo-infection fistulisée qui s'expliquent d'ailleurs par de simples raisons anatomo-pathologiques.

CHAPITRE VI

CARACTÈRES BIOLOGIQUES

Dans l'ornithose, comme dans les autres pneumonies à virus, leur importance est considérable car ils sont la base du diagnostic positif. Celui-ci comporte deux étapes, les tests d'orientation et les tests de certitude, que nous envisagerons successivement. Ensuite nous résumerons diverses recherches qui ont été entreprises à propos de nos observations.

A. — TESTS D'ORIENTATION

Dans un travail récent, Boucher, Bertein et Vailhé les divisent en deux groupes, l'un formé de trois tests déjà assez largement étudiés (lympho-mononucléose agglutinines à froid, perturbations de la sérologie syphilitique), l'autre de tests encore peu connus (agglutinine du strepto M.G., agglutinine T, agglutinine anti-Gallus). Nous suivrons ce plan dans cette brève étude.

a) Tests usuels.

L'inversion de la formule leucocytaire avec lympho-mononucléose est fréquente ici comme dans toutes les viroses, en particulier les autres pneumonies à virus. Sur 26 cas contrôlés, elle existait 16 fois, les chiffres observés étant parfois élevés, 57 %, 63 %, etc...

TABLEAU I

Examens hématologiques										
N° de l'observation	Jour de l'examen	G. R.	G. B.	Polyn.	Monon.	Neutro.	Eosino.	Lym-phocyt.	Mono-cytes	Cellules altérées hyper-basoph.
1	18°	4.550.000	8.000	69	31	69	0	15	16	0
	24°	4.200.000	5.200	52	48	52	0	44	4	0
2	90°	4.520.000	6.600	58	42	57	1	28	14	0
4	5°	5.470.000	8.600	52	48	48	4	38	10	0
	18°	4.840.000	9.000	57	43	51	6	30	13	0
5	50°	4.590.000	3.200	37	63	33	4	37	26	0
6	15°	4.390.000	5.200	52	48	50	2	28	18	2
7	6°	5.040.000	12.800	54	46	44	10	27	19	0
	33°	4.750.000	8.400	64	36	53	11	29	7	0
	75°	4.675.000	4.800	61	39	57	4	29	9	1
8	5°	3.800.000	6.400	68	32	65	3	23	9	0
10	25°	4.400.000	10.800	60	40	50	10	32	8	0
11	4°	4.100.000	7.600	40	60	35	5	44	16	0
12	3°	3.300.000	3.800	86	14	86	0	9	5	0
13	18°	4.675.000	12.700	58	42	56	2	24	16	2
15	30°	3.600.000	12.800	79	21	76	3	20	1	0
17	70°	4.450.000	4.200	52	48	51	1	39	9	0
	Minim.									
20	20°	5.460.000	3.400	59	41	55	4	24	17	0
22	10°	4.180.000	6.200	64	36	64	0	35	1	0
24	10°	4.490.000	9.800	52	48	49	3	30	18	0
	23°	4.550.000	6.600	53	47	52	1	43	4	0
25	4°	4.310.000	10.000	62	28	62	0	18	20	0
26	105°	4.760.000	8.600	51	49					
	132°	2.850.000	4.400	58	42	54	4	41	1	0
	139°	4.925.000	6.200	55	45	54	1	36	6	0
	167°	3.825.000	7.000	43	57	37	6	54	2	0
27	13°	3.980.000	3.400	64	36	63	1	24	12	0
	38°	4.050.000	5.800	71	29	70	1	18	11	0
	59°	5.225.000	5.800	60	40	58	2	25	15	0
28	6°	3.590.000	2.800	66	34	66	0	25	9	0
	9°	4.200.000	4.600	55	45	55	0	38	7	0
29	7°	4.350.000	8.000	61	39	56	5	30	9	0
30	39°	3.925.000	4.400	74	26	62	12	21	5	0
31	11°	3.850.000	20.800	85	15	84	1	5	10	0
32	3°	Hémolyse	6.600	78	22	78	0	17	5	0
33	20°	4.275.000	6.600	74	26	73	1	22	4	0
	67°	4.450.000	4.400	59	41	56	3	33	8	0
34	9°	4.575.000	8.600	65	35	64	1	24	11	0

TABLEAU II

Sérologies sanguines

N° de l'observation	Début de la maladie	Date de prélèvement	Kahn	Kolmer	Mei- nicke	Deman- che	Debains	Kline	V.D.R.L.	Agglutinines à froid
1	10-11-50	30-11	0	0	0	0				Non pratiquées
		14-12	0	0	0	0				Non pratiquées
		17-12	0	0	0	0				
2	1- 3-51	12- 4	+	0	+	0				1/20 le 9-4.
		19- 4	±	0	+	0				1/10 le 16-4.
		7- 6	0	0	0	0				Négatif le 4-6.
		21- 6	0	0	0	0				
3	25- 2-51	23- 3	+++	0	0	0				
		27- 3	0	0	0	0				1/80 le 27-3.
4	7- 5-51	17- 5	+++	0	0	0				1/80 le 15-5.
		22- 5	++++	0	0	0				1/80 le 21-5.
		29- 5	+++	0	0	0				1/80 le 25-5.
		21- 6	0	0	0	0				0 le 19-6.
5	1- 4-51	9- 6	0	0	0	0				Négatif.
		11- 6	0	0	0	0				Négatif.
		18- 6	0	0	0	0				Négatif.
6	10- 7-51	26- 7	++++	++++	0	0				1/80 le 23-7.
		2- 8	0	0	0	0				1/80 le 30-7.
		13- 9	0	0	0	0				
7	4-12-51	11-12	+++	0	0	0				Négatif.
		20-12	0	0	0	0				Négatif.
		7- 1-52	0	0	0	0				Négatif.
		18- 2-52	0	0	0	0				
8	24-12-51	7- 1-52	0	0	0	0				> 1/160 le 7-1
		13- 1-52	0	0	0	0				> 1/160 le 14-1
9	15- 1-52	11- 2	0	0	0	0				Négatif.
		18- 2	0	0	0	0				Négatif.
10	15- 1-52	11- 2	+	0	0	0				Négatif.
		18- 2	0	0	0	0				Négatif.
11	16- 2-52	20- 2	0	0	0	0				Négatif.
12	10- 3-52	12- 3	0	0	0	0				Négatif.
		24- 3	0	+++	0	0				Négatif.
13	19- 3-52	7- 4	++	0	0	0				Négatif.
		15- 4	0	0	0	0				Négatif.
		21- 4	0	0	0	0				Négatif.
		5- 5	0	0	0	0				Négatif.
14	3- 4-52	18- 4	++++	0	0	0	++			Négatif.
		28- 4	++++	0	0	0	++			Négatif.
		12- 5	+	0	0	0				Négatif.
15	7- 4-52	5- 5	+++	Dout.			+++	0		Négatif.
		12- 5	++++	0			++++	0		Négatif.
		26- 5	++++	0				0		Négatif.
16	7- 5-52	21- 5	++++	+++			++++	0		Négatif.
		30- 5	++++	0			++++	0		Négatif.
17	10- 5-52	3-6-52	0	0			0	0		Négatif.
18	30- 1-51	1- 2	0	0	0	0				1/20.
		3- 3	0	0	0	0				1/20.
		6- 3	0	0	0	0				Négatif.
		20- 3	0	0	0	0				Négatif.

TABLEAU II (suite)

N° de l'observation	Début de la maladie	Date de prélèvement	Kahn	Kolmer	Meinicke	Demanche	Debains	Kline	V.D.R.L.	Agglutinines à froid
19	2- 2-51	20- 2	++++	0	0	0				Négatif.
		27- 2	+++	0	0	0				1/10.
		6- 3	+++	0	0	0				1/10.
		27- 3	0	0	0	0				1/10.
		19- 4	0	0	0	0				Négatif.
20	9- 3-51	13- 3	++	0	0	0				1/20.
		20- 3	++	0	0	0				1/10.
		27- 3	±	0	0	0				
		3- 4	0	0	0	0				1/20.
		9- 4	0	0	0	0				1/20.
21	21- 2-51	20- 3	++	0	0	0				Négatif.
		27- 3	±	0	0	0				Négatif.
		3- 4	0	0	0	0				1/10.
		9- 4	0	0	0	0				1/20.
22	19- 3-51	29- 3	++	0	0	0				1/20.
		3- 4	++	0	0	0				1/10.
		9- 4	+	0	+	0				1/10.
23	14- 4-51	24- 4	0	++++	0	0				1/80.
		30- 4	0	0	0	0			±	
		7- 5	0	0	0	0				1/40.
24	6- 5-51	15- 5	+++	0	0	0				1/40.
		22- 5	+++	0	0	0				1/20.
		29- 5	++	0	0	0				1/20.
		7- 6	±	0	0	0				1/10.
25	13- 7-51	16- 7	0	0	0	0				Négatif.
		24- 7	0	0	0	0				Négatif.
		9- 8	0	0	0	0				Négatif.
26	Oct. 51	3-12	+	0	0	0				Négatif.
		10-12	+	0	0	0				Négatif.
		18-12	0	0	0	0				Négatif.
27	30-11-51	17-12	++	0	0	0				Négatif.
		24-12	+	0	0	0				Négatif.
		31-12	0	0	0	0				Négatif.
28	7-12-51	17-12	0	0	0	0				Non pratiquées
		31-12	0	0	0	0				1/80.
		7- 1	0	0	0	0				1/160.
29	28-12-51	7-1-52								0.
		13- 1	++++	0	0	0				0.
		21- 1	+++	0	0	0				1/40.
		29- 1	++	0	0	0				Non pratiquées
30	8-12-51	16- 1	0	0	0	0				
		28- 1	0	0	0	0				1/80 le 21-1-52
31	7- 1-52	17- 1	0	0	0	0				0.
		28- 1	0	+++	0	0				0.
32	4- 2-52	10- 2	0	0	0	0				0.
		17- 2	0	0	0	0				0.
33	9- 2-52	3- 3	+++	0	0	0				0.
		21- 3	0	0	0	0				0.
34	1- 4-52	15- 4	+++	0	0	+				0.
		5- 5	0	0	0	0				0.

Le tableau I confirme la plupart des données classiques : hyperleucocytose rare au début de la maladie sauf en cas d'infection secondaire surajoutée ; le plus souvent, chiffres normaux ou sub-normaux au début passant par la suite à la leucopénie. Cependant la formule leucocytaire, après une phase initiale de polynucléose, devient rapidement à majoration monocytaire, quelques éosinophiles étant par ailleurs signalés.

En définitive, si l'on fait appel à la formule leucocytaire plusieurs fois dans une ornithose, presque toujours on met en évidence un ou plusieurs taux anormalement élevés des lympho-mononucléaires. Comme dans les autres pneumonies à virus, ce signe hématologique a donc une valeur réelle dans l'ornithose. On note, en effet, sa présence dans 61,53 % des cas (sur 26 cas contrôlés), chiffre à peu près identique à celui trouvé dans la P.A.P. par Boucher (61,90 %, 26 cas sur 42 contrôlés).

Un autre fait, déjà signalé par Finland, Joliffe et Parker et par Morgan et Finland, est **la présence éventuelle des agglutinines à froid à un taux valable**. Dans nos observations, il fut noté huit fois sur 33 cas contrôlés, soit dans 24,24 % des cas (1), mais les taux ont été plus faibles que ceux observés d'habitude dans la P.A.P. Ils sont, en effet, compris entre 1/40 et 1/160 (tableau I). Nous croyons toutefois que l'inconstance et aussi le faible taux des agglutinines à froid enlèvent beaucoup d'intérêt à cette recherche dans l'ornithose.

Au contraire, **la présence de réactions sérologiques transitoirement positives pour la syphilis (B. W. — de type biologique) est particulièrement fréquente dans cette maladie et les perturbations sont souvent plus nettes que dans les autres pneumonies à virus** (Tableau II). Le pourcentage des cas positifs a été pour nous de 67,64 % (sur 34 observations). Cela confère indiscutablement une très grande valeur à ce signe dans l'ornithose.

Quelle est maintenant l'interprétation de ces fausses réactions ? Pour le Professeur P. Lepine, elle serait la suivante : « un bon nombre d'affections à virus se manifestent, lorsque apparaissent les anticorps, par une période d'instabilité des globulines leur permettant de flocculer au contact de différents antigènes. C'est la raison pour laquelle l'exécution des réactions préalables et des

(1) M. le Professeur P. Lepine nous a signalé ne pas avoir rencontré aussi souvent que nous un taux valable des agglutinines à froid. Le fait semble donc mériter d'être examiné de plus près.

titrages des nouveaux lots d'antigène comporte tant de témoins : antigène spécifique, antigène normal, substitution d'eau à l'antigène et ceci chaque fois sur plusieurs sérums : 1° positifs pour l'ornithose ; 2° négatifs ; 3° syphilitiques ; 4° anti-albumine d'œufs expérimentaux et provenant de malades sensibilisés à l'albumine d'œuf, l'antigène étant préparé à partir de sacs vitelins. Il ne serait donc pas étonnant, dans ces conditions, que le sérum ornithosique puisse réagir temporairement avec l'antigène syphilitique ».

En résumé, les trois tests d'orientation habituels des pneumonies à virus sont remarquablement évocateurs dans nos observations. On retiendra leur valeur dans l'ornithose et en particulier la fréquence et l'intensité des réactions pseudo-syphilitiques. Le tableau III montre qu'elles ont une valeur nettement supérieure aux autres tests.

TABLEAU III

Valeur des divers tests d'orientation dans l'ornithose

Nombre des cas contrôlés	Lympho- monocytose	B. W. + biologique	Agglutinines à froid positives
34		23	
33			8
26	16		
Pourcentages.	61,53 %	67,64 %	24,24 %

b) Tests peu connus.

Agglutination du streptocoque M.G. Il s'agit d'un test de plus en plus utilisé à l'heure actuelle. Paraissant dénué d'intérêt pendant quelques années parce qu'on pensait qu'il allait toujours de pair avec l'agglutinine à froid, il a conquis une place parmi les tests utiles depuis qu'on sait qu'il peut être positif isolément dans les pneumonies à virus.

Dans l'ornithose, il ne semble pas que sa recherche ait été faite systématiquement jusqu'ici. Signalons toutefois que le Professeur R. Schier, qui a étudié de nombreux sérums provenant du Service de Pneumologie, a trouvé plusieurs taux valables parmi nos malades atteints d'ornithose (obs. 26, 28).

Agglutinine T. En dehors des travaux des Australiens P. E. Lind et N. R. Mac Arthur (1947) qui signalent son absence dans la psittacose, ce qui peut laisser supposer que le taux de cette agglutinine n'est pas augmenté dans l'ornithose, nous n'avons trouvé aucun élément bibliographique sur ce sujet.

Agglutinine anti-Gallus. Nouvel anticorps du clavier sérologique des pneumonies à virus que F. Lucam et H. Boucher ont mis en évidence dans le sérum de certains malades de l'épidémie lyonnaise de P.A.P. de 1950, l'agglutinine anti-Gallus est encore peu connue.

Pour le moment, elle semble appartenir en propre à la P.A.P. ou à certains des virus de la P.A.P., car elle n'a pas été rencontrée jusqu'ici dans les autres pneumonies à virus, en particulier dans l'ornithose. Ainsi, les recherches poursuivies en 1951 et en 1952 par F. Lucam et H. Boucher sur quinze malades cités dans cette thèse, n'ont jamais montré de taux significatifs de l'agglutinine anti-Gallus.

B. — TESTS ÉTIOLOGIQUES OU DE CERTITUDE

Ils reposent sur une déviation du complément positive avec un antigène du groupe ornitho-psittacose-lymphogranulomatose vénéérienne et sur la négativité d'autres réactions pour le diagnostic de la grippe et de la *Q. Fever*. Dans tous nos cas, la D. C. ornithose était positive avec courbe croissante ou décroissante du taux des anticorps, tandis que la réaction de Hirst, l'agglutination de R. Burneti, et parfois la D. C. pour la grippe et la réaction de Paul et Bunnell étaient négatives.

Il est certain qu'en l'absence de la D. C. pour l'ornithose-psittacose, il serait presque impossible de parvenir à un diagnostic précis car les méthodes directes ou indirectes d'isolement du virus à partir des sécrétions bronchiques donnent exceptionnellement un résultat positif, nous y reviendrons.

Dans cette thèse essentiellement clinique, nous laisserons de côté les techniques de laboratoire qui permettent l'exécution de la D. C., renvoyant le lecteur aux publications spécialisées de virologie et à la monographie de Fallet.

Que dire cependant de deux de nos observations (obs. 31 et 32) où la D. C. pour l'ornithose fut positive en même temps que la D. C. pour la grippe, type A ? Nous ne croyons pas que les anticorps pour le virus grippal type A trouvés dans le sérum de ces malades soit le fait d'un hasard ou d'une erreur. En effet, des cas indiscutables de grippe type A ou B ont été observés au même moment dans la collectivité militaire de la région lyonnaise, en particulier au camp de Sathonay d'où venaient ces deux malades. On sait par ailleurs qu'une épidémie de grippe à virus grippal A et à virus B a touché la France au même moment (janvier, février et mars 1952). Il est donc probable que les malades des observations 31 et 32 ont présenté simultanément une atteinte par le virus de l'ornithose et par le virus grippal.

Depuis que Burnet a signalé avoir pu isoler un virus type A, puis un virus type B chez un malade atteint deux fois de grippe à treize jours d'intervalle, on sait que les virus grippaux « chassent ensemble ». Rien n'empêche, par suite, de concevoir que deux virus différents comme le sont le virus ornithosique et le virus grippal ne puissent toucher un même malade à quelques jours d'intervalle, surtout en période d'épidémie de grippe.

C. — RECHERCHES SPÉCIALES

a) **Etudes cytologiques et bactériologiques sur les sécrétions bronchiques prélevées par bronchoscopie.** - Ces recherches pratiquées par les médecins-capitaines Darbon et Bénazet, chefs du laboratoire de bactériologie à l'Hôpital Militaire Desgenettes, ont donné, du point de vue cyto-bactériologique, des résultats très comparables à ceux que Boucher et Darbon avaient constatés dans la P.A.P. :

1° Présence constante de mucus ou de muco-pus ;

2° Conservation de cellules bronchiques typiques, peu altérées, auxquelles se mêlent quelques macrophages. On ne voit jamais de polynucléaires éosinophiles ;

3° Existence d'une flore microbienne Gram + et Gram — identique à celle du rhino-pharynx et de l'expectoration (pneumocoques, streptocoques, staphylocoques, anthracomorphes, etc...);

4° Absence d'inclusions cytoplasmiques (1).

Cependant à partir de fin décembre 1951, on a trouvé souvent des pneumocoques pathogènes pour la souris dans l'expectoration de nos malades. Pendant la même période, un nombre anormalement élevé de pneumonies à pneumocoques pathogènes pour la souris ont été observées dans le Service et l'on sait aussi que pendant les trois premiers mois de 1952 une épidémie de grippe a sévi dans la région lyonnaise. C'est elle sans doute qui est responsable de ces nombreux cas de pneumococcie. Il n'en reste pas moins que la présence de pneumocoques pathogènes pour la souris dans l'expectoration de nos malades n'a pas toujours paru une coïncidence fortuite. Ainsi dans l'observation 28, la coexistence d'une zonite pneumococcique rapidement curable par la pénicilline et d'une ornithose sévère qui ne fut influencée que par l'auroreomycine amène à poser **la question de l'existence des pneumonies bactériennes dans l'ornithose** (fig. 4).

Il est vrai que chez nos deux malades qui ont eu à la fois une D. C. ornithose et une D. C. grippe positives, on put mettre en évidence un pneumocoque pathogène pour la souris. Il est donc possible que le cas n° 28 ait eu, lui aussi, une atteinte simultanée par le virus grippal et le virus ornithosique et il y a lieu d'attendre d'autres recherches avant de se prononcer sur l'existence, dans l'ornithose, de pneumonies bactériennes comparables à celles de la grippe.

Quoi qu'il en soit, on peut se demander dès à présent si la présence d'agglutinines à froid dans certaines pneumonies à pneumocoques, signalée dans la littérature, ne s'explique pas tout simplement par une atteinte virale non diagnostiquée.

b) Tentatives d'isolement du virus par inoculation à la souris des sécrétions bronchiques prélevées par bronchoscopie. - Ces tentatives qui seront largement évoquées dans la thèse vétérinaire de Gousset, ont été réalisées par le Professeur Goret et son assistant, le Professeur Agrégé Joubert à l'Ecole Nationale Vétérinaire de Lyon et ont porté sur une dizaine de cas. Elles ont été décevantes jusqu'ici, ce qui montre bien la difficulté de l'isolement du virus à partir des sécrétions bronchiques.

(1) Ces recherches ont malheureusement porté sur six malades seulement (obs. 5, 8, 13, 15, 32).

c) **Etudes sur les sérums de pigeons.** - Quatre cycles de recherches ont été entrepris, les ponctions étant pratiquées à l'Ecole Nationale Vétérinaire de Lyon et l'étude des sérums au Laboratoire des Virus de l'Institut Pasteur :

1° Sur quelques pigeons d'un village de l'Ain, avec lesquels un de nos malades avait pu être en contact (obs. 23) ;

2° Sur les pigeons et volailles du camp de Sathonay (printemps 1951) ;

3° Sur certains pigeons du Centre Militaire Colombophile de Grenoble, qui avaient séjourné précédemment à Sathonay (printemps 1952) ;

4° Sur trois pigeons appartenant à la malade de l'observation 15 (juin 1952).

Dans beaucoup de cas, la quantité de sérum a été insuffisante, car les propriétaires se sont opposés à une saignée copieuse des oiseaux si bien que seule la D. C. put être pratiquée et non la D. D. et l'inhibition de la D. C., dont la valeur diagnostique combinée est beaucoup plus grande (P. Lepine). On peut s'expliquer ainsi que tous les examens, sauf ceux du quatrième groupe, aient été négatifs.

d) **Etudes sur les sérums humains.**

1° Les sérums des huit militaires qui soignaient les pigeons du Centre Colombophile de Grenoble ont été vérifiés par la D. C. Il y eut deux cas positifs, et six négatifs ;

2° Les sérums de trois membres du personnel du Service de Pneumologie de l'Hôpital Militaire Desgenettes qui avaient été en contact avec la plupart des malades cités dans cette thèse ont été vérifiés : 3 D. C. négatives.

En résumé, les tentatives d'isolement du virus à partir des sécrétions bronchiques de quelques-uns de nos malades ont échoué, et, il n'a pas été possible de faire la preuve d'une maladie latente chez les pigeons et les volailles du camp de Sathonay où l'ornithose sévit de façon importante. Il en est de même des pigeons d'une unité colombophile de Grenoble qui paraissent cependant être responsables de la recrudescence de l'endémie à Sathonay puisque deux sur huit des personnes qui vivent à leur contact ont une D. C. positive.

Enfin, un des pigeons appartenant à l'une de nos malades (obs. 15) a donné un résultat positif.

CHAPITRE VII

CARACTÈRES BRONCHOSCOPIQUES (1)

L'endoscopie est rarement précoce dans une affection aussi longue que l'ornithose. En l'absence de traitement, on sait, en effet, qu'elle peut durer deux ou trois mois. De plus, à l'occasion de troubles initiaux de type grippal mais souvent éphémères, le malade ne s'inquiète pas. Presque toujours, il consultera plus tard, lorsqu'une toux tenace et désagréable et une asthénie assez intense seront apparues. Cela explique que la plupart de nos malades aient été examinés après le dixième jour de l'évolution (Tableau IV).

TABLEAU IV

N° de l'observation	Noms	Dates	Jour de la maladie	Réact. colorée	Hyper-excitabilité au contact	Hyper-sécrét.	Cedème localisé	Germs
1	Par...	29-11-50	19	±	0	+	0	Pneumocoques.
2	Gar...	14- 3-51	14	+++	++	+++	0	Pneumocoques.
22	San...	4- 4-51	15	+++	+++	+++	0	Pneumocoques.
20	Bro...	4- 4-51	24	0	0	0	+	0
23	Bal...	2- 5-51	18	0	0	0	0	0
5	Ger...	6- 6-51	67 (?)	+++	+++	±	0	0
24	Vel...	13- 6-51	7	+++	++	±	0	0
26	Ber...	12-12-51	20	+++	++	++	±	0
28	Pue...	10-12-51	12	++	+	++	0	Pneumocoques.
8	Sac...	9- 1-52	16	++	++	+++	0	Pneumocoques.
29	Gau...	16- 1-52	20	0	0	±	+	0
30	De M...	16- 1-52	37	±	0	+	0	Germs variés.
31	Lor...	30- 1-52	23	+	+	+++	0	Pneumocoques.
32	Etch...	13- 2-52	9	+++	++	+++	0	0
11	Lev...	27- 2-52	11	0	0	0	+	Pneumocoques.
12	Pup...	2- 4-52	22	0	0	0	0	Pneumocoques.
34	Dru...	16- 4-52	16	+++	+++	+++	0	0
13	Dur...	16- 4-52	27	+++	++	++	0	0

(1) Nous ferons ici de larges emprunts à un travail récent de H. Boucher et Mlle V. Sautter.

Les diverses constatations faites ont toutefois présenté un caractère suffisamment précis et homogène pour que l'on puisse les retenir comme valables.

Nos observations se répartissent en quatre groupes :

— Le premier, et aussi le plus important (11 observations : 2, 5, 8, 13, 22, 24, 26, 28, 31, 32, 34), est formé des images endoscopiques habituelles des pneumonies à virus (Boucher et collaborateurs) : rougeur diffuse, hypersensibilité au contact, hypersécrétion muqueuse ou muco-purulente, liberté des éperons.

— Le second (trois observations : 11, 20, 29), comporte un œdème localisé sur un éperon principal ou secondaire, correspondant exactement à l'infiltrat pathologique, et, sur le plan clinique, des hémoptysies bronchiques. Il s'agit donc d'une bronchite localisée comparable à celle de la pneumonie atypique primitive (Boucher).

— Dans le troisième, où se trouvent inclus des cas vus plus tardivement, les aspects ne sont pas spécifiques. Du côté de l'image radiologique anormale, les bronches sont sales, sécrétantes, mais la rougeur et l'hypersensibilité au contact sont nulles ou très atténuées (obs. 1, 30).

— Enfin, lorsque la bronchoscopie intervient après guérison du syndrome bronchique, elle ne montre pas d'anomalies manifestes (obs. 12, 23).

Dans l'ensemble, l'aspect endoscopique est donc à peu près le même dans l'ornithose, la pneumonie atypique primitive et les pneumonies atypiques grippales.

Que faut-il maintenant penser de l'action thérapeutique éventuelle de l'intervention ? Contrairement à ce qui se passe pour la pneumonie atypique primitive et les pneumonies atypiques grippales, **la bronchoscopie est sans action sur le syndrome bronchique tenace de l'ornithose.** Aussi son seul intérêt pratique sera-t-il d'ordre diagnostique : à elle seule, elle pourra parfois orienter vers l'hypothèse de pneumopathie virale.

Certaines anomalies bronchiques relevées dans deux observations (12 et 30), en l'espèce les séquelles indiscutables d'une fistulisation ganglio-bronchique ancienne, ont-elles eu une incidence particulière sur le déroulement de la maladie ? Pour le cas 12, il ne le semble pas puisque la guérison est survenue très vite avec

le traitement antibiotique. Au contraire, pour le cas 30 on peut se demander si la présence de lésions anciennes de la bronche et de la péri-bronche n'explique pas la très longue durée de la maladie (3 mois et demi), malgré une thérapeutique antibiotique correcte. Ainsi, cette particularité déjà signalée par Boucher dans les pneumonies atypiques grippales et la pneumonie atypique primitive, pourrait exister également dans l'ornithose.

CHAPITRE VIII

CARACTÈRES THÉRAPEUTIQUES

D'après la littérature, on sait que la pénicilline aurait une action discutable dans l'ornithose (Fallet) et que les médicaments de choix seraient l'auréomycine (Favour) et la terramycine (P. Lepine).

Les essais thérapeutiques effectués sur nos malades confirment cette impression et peuvent ainsi être résumés :

1° Pénicilline.

23 cas traités (à la dose de 500.000 ou 600.000 U. par jour pendant 7 ou 8 jours), dont :

- 8 favorables ;
- 4 douteux ;
- 11 nuls.

2° Auréomycine.

7 cas traités d'emblée (à la dose de 9 à 20 gr. et à raison de 1 ou 2 gr. par jour) : action spectaculaire

4 cas, après échec de la pénicilline : guérison rapide.

3° Terramycine.

1 cas : action spectaculaire.

4° Chloromycétine.

1 cas (en combinaison avec l'auréomycine) : résultat favorable ;

1 cas : résultat douteux.

5° Traitement symptomatique.

2 cas : guérison en trois semaines environ.

TABLEAU V

Résultats thérapeutiques d'après les observations

Médicaments	Résultats favorables	Douteux	Nuls
Pénicilline	Obs. 3, 7, 11, 12, 19, 21, 23, 32.	Obs. 1, 4, 18, 28.	Obs. 2, 5, 6, 13, 14, 22, 25, 27, 31, 33, 34.
Auréomycine	Obs. 8, 9, 10, 15, 16, 20, 26.		
Auréomycine (après échec de la pénicilline)	Obs. 13, 22, 27, 28.		
Terramycine	Obs. 17.		
Chloramphénicol		Obs. 30.	
Chloramphénicol (en com- binaison avec l'auréomy- cine)	Obs. 28.		
Traitement symptomatique.	Obs. 24, 29.		

Il apparaît ainsi que la pénicilline est peu active, sinon inactive, du moins aux doses utilisées et qu'il est préférable de faire appel à l'auréomycine ou à la terramycine. Le chloramphénicol n'a pas été utilisé de façon suffisante pour que l'on puisse en tirer argument.

CHAPITRE IX

CARACTÈRES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Nos malades se classent en deux groupes égaux mais distincts. Le premier (17 cas) est formé de malades provenant soit de quartiers différents de Lyon, soit de régions diverses, parfois très éloignées les unes des autres, et qui ne s'étaient jamais trouvés en contact (1) ainsi qu'en témoigne le tableau suivant :

Lyon-Vénissieux	1 cas
Lyon-Fort-Lamothe	1 cas
Lyon-Croix-Rousse	2 cas
Lyon-Berthelot	1 cas
Lyon-La Doua	1 cas
Lyon-Vinatier	1 cas
Lyon-Monplaisir	1 cas
Lyon-Bron	1 cas
Lunéville (Meurthe-et-Moselle)	1 cas
Troupes d'occupation en Autriche	1 cas
Le Bourget-du-Lac (Savoie)	1 cas
Leyment (Ain)	2 cas
Valence (Drôme)	3 cas

Il s'agit donc de cas sporadiques tels qu'il s'en rencontre si souvent dans cette affection.

(1) A l'exception des deux cas notés sous les rubriques Lyon-Bron et Lyon-Vinafier (obs. 15. et 17) ; on sait que la malade de l'observation 15 s'est contaminée au contact d'un élevage de pigeons personnels et qu'elle a ensuite contaminé la malade de l'observation 17.

Sauf dans trois cas (obs. 9, 10, 15), on ne trouve pas de contact avec des oiseaux, pigeons en particulier. La contamination s'est produite selon toute vraisemblance par inhalation accidentelle de poussières virulentes.

Le deuxième groupe se compose, au contraire, de dix-sept cas venus d'un même camp militaire de la région lyonnaise et dépistés en un laps de temps relativement court (15 mois).

Ce camp, situé en pleine campagne, possède une entrée orientée vers le Sud. Or, de part et d'autre de cette entrée se trouvent des cages contenant un certain nombre de pigeons et de poules. Les vents dominants venant du Sud, il est probable que les malades ont été contaminés par les déjections des oiseaux séchées et mêlées à la poussière entraînée par le vent. L'interrogatoire des malades et la succession des cas rendent, en effet, invraisemblable une transmission du virus de l'un à l'autre, alors que l'apparition de chacun des cas, du moins jusqu'à août 1951, a été précédée par une période de vent du Midi. Les renseignements très précis fournis par M. J. Dufay, Directeur de l'Observatoire de Lyon, à Saint-Genis-Laval (Rhône), ne laissent aucun doute à cet égard.

Ainsi, parmi nos observations, la moitié représentent des cas sporadiques découverts chez des malades provenant de régions très diverses ou de quartiers différents de Lyon et de sa banlieue, ce qui confirme bien la large diffusion actuelle du vecteur pathogène déjà signalée par P. Lepine et Mlle V. Sautter.

Les autres cas, au contraire, bien groupés dans un camp isolé, représentent des manifestations endémo-épidémiques, en relation vraisemblable avec une maladie inapparente chez les oiseaux.

Cette interprétation, qui vaut pour les huit cas recueillis à Sathonay de mars à août 1951, n'est pas suffisante pour les neuf cas recueillis à partir de novembre 1951. La recrudescence de l'endémie s'explique sans doute par la présence dans ce camp d'une unité colombophile de l'Armée (70 pigeons voyageurs) en novembre et décembre. En effet, bien que la preuve n'ait pu être apportée que ces pigeons, d'ailleurs ramenés entre temps au Centre Colombophile militaire de Grenoble, soient porteurs de virus, une forte présomption existe puisque deux des militaires qui soignent ces animaux ont des anticorps ornithosiques dans le sang.

CONCLUSIONS

I. — Parmi 262 malades atteints de pneumopathies aiguës non tuberculeuses traités au Service de Pneumologie de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes, du 1^{er} janvier 1950 au 30 juin 1952, l'emploi systématique des tests d'orientation et des tests de certitude des pneumonies à virus a permis de mettre en évidence 34 cas d'ornithose (12,97 %), dont 17 cas sporadiques et 17 groupés en une petite épidémie évoluant dans un camp militaire de la région de Lyon.

Si l'on fait abstraction des cas épidémiques, on constate que la proportion des cas sporadiques est à peu près la même dans la collectivité militaire de Lyon que dans la population parisienne (P. Lepine et Mlle V. Sautter), soit un peu plus de 6 %. Ce fait confirme la large diffusion actuelle du vecteur pathogène en France et justifie l'intérêt porté à l'ornithose.

II. — Les malades étudiés ici étaient pour la plupart des sujets jeunes, exempts de tares viscérales. Ainsi s'expliquent le caractère de bénignité presque constant des syndromes observés et les nuances qu'il faut ajouter aux notions classiques :

a) Les éléments essentiels du tableau clinique se résument dans la triade : toux au long cours, râles bulleux dans les aisselles, asthénie intense. Ainsi, dans une congestion pulmonaire, une cortico-pleurite ou une bronchite traînante, son existence sera très évocatrice. Mais il est des formes dégradées, plus bénignes encore, dont la découverte n'est possible que par des recherches systématiques de laboratoire.

b) Les formes cliniques, classiquement décrites (pneumonique, pseudo-grippale et typhoïde), semblent constituer plus un schéma didactique qu'une réalité clinique, du moins chez les sujets jeunes.

Ainsi, le terme « pneumonique » est mal choisi car la maladie se présente beaucoup plus souvent sous le masque d'une pneumo-

bathie fruste que sous celui d'une pneumonie vraie. De plus, l'importance et la constance du syndrome bronchique faisant en réalité l'unité de toutes les pneumopathies dues au virus de l'ornithose, il serait plus logique de dire « formes à majoration broncho-pulmonaire ».

De même, le terme « pseudo-grippal » s'applique davantage au mode de début de la maladie qu'à certaines caractéristiques de l'évolution. De nombreux sujets entrent, en effet, dans la maladie par des signes pseudo-grippaux mais ceux-ci n'ont qu'une durée éphémère.

La forme typhoïde, enfin, qui semble l'apanage des vieillards et des tarés, ne se retrouve chez les sujets jeunes que sous la forme d'une prostration relative au début de la maladie, d'ailleurs de brève durée.

c) Du point de vue radiologique, l'ornithose ressemble parfois à la pneumonie atypique primitive ou aux autres pneumonies à virus, mais elle s'en distingue par la fréquence des adénopathies hilaires et l'intensité de la pneumonie hilifuge. Ces deux critères propres expliquent la similitude de certaines images avec le classique infiltrat tacheté de la primo-infection tuberculeuse fistulisée et peuvent servir au diagnostic.

d) La bronchoscopie comporte des images endoscopiques identiques à celles des autres pneumonies à virus, mais, contrairement à ce qui se passe pour la pneumonie atypique primitive et les pneumonies atypiques grippales, son action thérapeutique sur le syndrome bronchique est nulle.

e) Les médicaments de choix sont l'auroéomycine et la terramycine, la pénicilline paraissant tantôt peu active, tantôt totalement inactive.

III. — Les recherches biologiques effectuées à propos de cette thèse ont été à la fois vastes et systématiques. Leurs résultats peuvent être ainsi résumés :

a) Les tests d'orientation en faveur du diagnostic de pneumonie à virus sont largement évocateurs dans cette virose, en particulier la lympho-monocytose et les perturbations de la sérologie syphilitique.

Ainsi, dans nos observations, les pourcentages des cas positifs ont été les suivants :

Perturbations de la sérologie.....	67,64 %
Lympho-mononucléose	61,53 %
Agglutinines à froid.....	24,24 %

b) Les tests de certitude reposent sur une Déviation du complément positivé avec un antigène du groupe ornitho-psittacose et sur la négativité d'autres réactions pour la grippe, la Φ . Fever et la mononucléose infectieuse.

Pour assurer le diagnostic, il convient donc de faire effectuer sur un sérum précoce et sur un sérum tardif les réactions suivantes:

- D. C. ornithose,
- Hirst,
- D. C. grippe,
- Agglutination de R. Burneti,

auxquelles il conviendra d'ajouter si possible la

- D. C. chorioméningite lymphocytaire.

c) Les études cytologiques et bactériologiques sur les expectorations et les prélèvements bronchiques des malades atteints d'ornithose donnent des résultats identiques à ceux décrits dans la pneumonie atypique primitive et les pneumonies atypiques grippales.

d) Les tentatives d'isolement indirectes du virus à partir des sécrétions bronchiques, par passages aveugles sur la souris, donnent rarement un résultat positif.

e) Lorsque le malade a été en contact avec des oiseaux, il faut tenter de faire effectuer par un laboratoire de virologie soit la recherche des anticorps dans le sérum des animaux soit l'isolement du virus ou mieux encore ces deux recherches.

Le Doyen,
H. HERMANN.

Le Président de la Thèse,
SOHIER.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 18 Novembre 1952.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
André ALLIX.

BIBLIOGRAPHIE ⁽¹⁾

A. — Ornithose

- BOUCHER (H.), ROUMAGNAC (H.), HUSSON (J.) et LOUP (R.). — Une série de cas sporadiques de pneumonies atypiques à virus. *Lyon Médical*, 1951, **185**, 26, 3.
- BOUCHER (H.) et SAUTTER (V.) avec la collaboration de VAILHÉ (J.). — A propos de treize cas d'ornithose. Congrès d'Arona, 30 septembre 1951 (à paraître in *Minerva Pediatrica*). *Lyon Médical*, 1951, 48, 381.
- BOUCHER (H.), SAUTTER (V.), JOUBERT et BENAZET (F.). — Contribution à l'étude de la bronchoscopie dans l'ornithose. *Bronchoscopie*, 1952, 1, 69.
- BOUCHER (H.) et SAUTTER (V.). — Nouvelles recherches sur la bronchoscopie dans l'ornithose (à propos de dix-huit observations). Société de Bronchologie de langue française, 22 juin 1952, à paraître in *Bronchoscopie*.
- COLES (J. D. W. A.). — Psittacosis in domestic pigeons. *Ondestepoort, J. Vet. Sc. and anim. Indust.*, 1940, **15**, 141.
- FALLET (G. H.), MACH (R. S.) et WIRTH (J.). — Une nouvelle variété de pneumonie atypique : l'ornithose. *Praxis*, 1950, **46**, 988.
- FALLET (G. H.). — L'ornithose. Un volume, Masson, édit., Paris, 1951.
- FAVOUR (C. B.). — Ornithose (Psittacosis): A report of 3 cases and a historical clinical and laboratory comparison with human atypical (virus) pneumonia. *Am. J. Med. Sc.*, 1943, **205**, 162.
- LABZOFFSKY (N. A.). — Ornithosis among "wild" pigeons in Ontario. *Canad. J. Publ. Health*, 1947, **38**, 187.
- LEPINE (P.). — Qu'est-ce que la pneumonie atypique ? Les acquisitions médicales récentes. Ed. Méd. Flammarion, Paris, 1949, 187.
- L'ornithose (étiologie, symptomatologie, diagnostic). Rapport au 1^{er} Congrès International de Médecine Interne (Paris, 1950), Semaine des Hôpitaux de Paris, 1950, **65**, 3376.

(1) Nous ne citerons ici que les travaux utilisés pour cette thèse. On trouvera par ailleurs une bibliographie très étendue dans la monographie de G. H. Fallet, de Genève, Masson, édit., Paris, 1951.

- LEPINE (P.) et SAUTTER (V.). — Sur l'infection des pigeons parisiens par le virus de l'ornithose. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 1951, 19-20, 332.
- LEVINSON (D. C.), GIBBS (J.) et BEARDWOOD (J. T.). — Ornithosis as a cause of sporadic atypical pneumonia. J. A. M. A., 1944, **126**, 1079.
- MACH (R. S.), FALLET (G. H.) et SAUTTER (V.). — Un cas d'ornithose. Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1950, 13-14, 561.
- MEIKELJOHN (G.), BECK (M. D.) et EATON (M. D.). — Atypical pneumonia caused by psittacosis like viruses. J. Clin. Investig., 1944, **23**, 167.
- MEYER (K. F.). — Pigeons and Barnyard Fowls as possible sources of human psittacosis. Schweiz. Med. Wochenschr., 1941, **71**, 1377.
- Ecology of psittacosis and ornithosis. Medicine, 1942, **21**, 175.
- Psittacosis. J. A. M. A., 1942, **119**, 438.
- MEYER (K. F.), EDDIE (B.) et YANAMURA (H. Y.). — Ornithosis (psittacosis) in pigeons and its relations to human pneumonitis. Proc. Soc. Exper. Biol. and Med., 1942, **49**, 609.
- RITTER (J.). — Beitrag zur Frage des pneumotyphus. Dtsch. Arch. f. Klin. Med., 1879, **25**, 53.
- SMADEL (J. E.). — Atypical pneumonia and psittacosis. J. Clin. Investigation, 1943, **22**, 57.
- SMADEL (J. E.), WALL (M. J.) et GREGG (A.). — An Outbreak of psittacosis in pigeons involving the production of inclusion Bodies and transfer of the Disease to man. J. Exp. Med., 1943, **78**, 189.
- SMADEL (J. E.), JACKSON (E. B.) et HARMAN (J. W.). — A new virus Disease of pigeons. J. Exp. Med., 1945, 81, 385.
- WIRTH (J.) et FALLET (G. H.). — Contribution à l'étude de l'ornithose. Examens sérologiques chez l'homme et les pigeons. Tentative d'isolement d'une souche de virus. Praxis, 1950, **46**, 996.

B. — Divers

(Sérologie, radiologie, bronchoscopie dans les P.A.V., etc...)

- BOUCHER (H.) et DARBON (A.). — Bronchoscopie et syndrome de Fanconi-Hegglin. Journ. Franç. Méd. et Chir. Thorac., 1950, **4**, 6, 538.
- BOUCHER (H.), BERTEIN (J.), PRAT (R.), FRANÇOIS (R.) et PHILIPPON (J.). — Contribution à l'étude radiologique de la P.A.P. Presse Médicale, 1950, 61, 1084.
- BOUCHER (H.). — Bronchoscopie et P.A.P. Bronchoscopie, 1951, 1, 41.
- BOUCHER (H.), BERTEIN (J.) et VAILHÉ (J.). — Les différentes étapes du diagnostic biologique des pneumonies à virus. Presse Médicale, 1951, 81, 1700.

- BOUCHER (H.) et LUCAM (F.). — Contribution à l'étude de l'agglutinine anti-Gallus dans les P.A. à virus connus et inconnus. *Lyon Médical*, 1951, 35, 152.
- BOUCHER (H.), VAILHÉ (J.) et BÉNAZET (F.). — Bronchoscopie et P.A. à virus grippal. *Bronchoscopie*, 1952, 1, 55.
- BOUCHER (H.), HUSSON (J.) et THIEBAULT (J.). — Les faux aspects radiologiques de primo-infection créés par les pneumonies à virus. *Presse Médicale*, 1952, 20, 425.
- BOUCHER (H.), DELMAS (J.) et MIERAL (R.). — Un syndrome radio-clinique peu connu : l'atélectasie en bande de Fleischner. *Presse Médicale*, 1952, 60, 67, 1437.
- FINLAND (M.), JOLIFFE (L. S.) et PARKER (F.). — Pneumonia and Erythema multiforme exsudativum. Report of 4 cases and 3 autopsies. *Am. J. Med.*, 1948, 4, 473.
- LIND (P. E.) et MAC ARTHUR (N. R.). — La répartition des agglutinines T dans le sérum humain. *Austral. J. Exper. Sc.*, 1947, 25.
- MORGAN (H. R.) et FINLAND (M.). — Serologic findings in patients with primary atypical pneumonia. *Am. J. Clin. and Path.*, 1948, 18, 593.
- PISANI (G.) et TOSCANO (F.). — Il quadro radiologico della pneumopathia da virus sconosciuti (P.V.S.) dell' infanzia. *Rivista Italiana di Radiologica Clinica*, 1951, n° 3.
- SOHIER (R.), MOREL (M.) et DARBON (A.). — Sur l'origine virale possible d'une pleurésie séro-fibrineuse lymphocytaire primitive. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1951, 29-30, 1230.
- SOHIER (R.), MOREL (M.), BUISSIÈRE (J.), ESSER-TRIMBERGER (I.) et JULIARD (J.). — Étude des réactions sérologiques et sanguines utilisées pour le diagnostic des pneumopathies aiguës dites « primitives atypiques » observées en France. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1952, 82, 4, 404.
- SOHIER (R.). — Les pneumonies à virus. Conférence au Congrès Vétérinaire de Lyon, 21 juin 1952 (à paraître).
- VERCO (P. W.). — The radiology of primary atypical pneumonia. *Thorax*, 1949, 4, 3, 152.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	13
CHAPITRE PREMIER.	
HISTORIQUE	17
CHAPITRE II.	
OBSERVATIONS	21
A. — Cas sporadiques	22
B. — Cas endémo-épidémiques	36
CHAPITRE III.	
CARACTÈRES CLINIQUES	53
CHAPITRE IV.	
FORMES CLINIQUES	57
CHAPITRE V.	
CARACTÈRES RADIOLOGIQUES	61
CHAPITRE VI.	
CARACTÈRES BIOLOGIQUES	67
A. — Tests, d'orientation	67
B. — Tests étiologiques ou de certitude	73
C. — Recherches spéciales	74
CHAPITRE VII.	
CARACTÈRES BRONCHOSCOPIQUES	77
CHAPITRE VIII.	
CARACTÈRES THÉRAPEUTIQUES	81
CHAPITRE IX.	
CARACTÈRES ÉPIDÉMIOLOGIQUES	83
CONCLUSIONS	85
BIBLIOGRAPHIE	89
